SHARP HEALTH PLAN
make life better.

Evidencia de cobertura para 2020-2021 de Sharp Direct Advantage®

Sharp Direct Advantage (HMO)
Exclusivo para los jubilados y dependientes de la ciudad de San Diego que cumplan con los requisitos para Medicare; patrocinado por la Asociación de Beneficios para Empleados Públicos de San Diego (SDPEBA).

Del 1.º de agosto de 2020 al 31 de julio de 2021

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 (HMO)

En este manual, se le brinda información detallada sobre su cobertura de atención de salud y de medicamentos con receta de Medicare según el nuevo año de beneficios. También se incluye información sobre cómo obtener cobertura para los servicios de atención de salud y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un sitio seguro.**

El plan Sharp Direct Advantage (HMO) es ofrecido por 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 se hace referencia como “plan” o “nuestro plan”).

Este documento está disponible en español de forma gratuita.

Esta información está disponible en letra grande.

Los beneficios, las primas, el deducible, los copagos o el coseguro pueden cambiar para el próximo año de beneficios.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Evidencia de cobertura para 2020

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es una referencia inicial. Si desea 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 4

En este capítulo, se explica qué significa formar parte de un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este manual. Se informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de membrecía del plan y cómo mantener los registros de miembro actualizados.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 21

En este capítulo, se indica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Sharp Direct Advantage) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud de California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medi-Cal (el programa de seguro de salud estatal para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos..... 41

Se explican los aspectos importantes que debe saber para obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen las ventajas de atenderse con los proveedores que pertenecen a la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)... 55

Se brindan detalles sobre los tipos de atención médica que están cubiertos y los tipos que *no* están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Se informa cuánto pagará por su parte del costo por la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D..... 99

Se explican las reglas que debe seguir para adquirir los medicamentos de la Parte D. Se indica cómo consultar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles medicamentos están cubiertos. También se indican los tipos de medicamentos que no están cubiertos. Se explica de qué maneras se restringe la cobertura de ciertos medicamentos, dónde puede adquirir los medicamentos con receta y cuáles son los programas del plan sobre seguridad y administración de los medicamentos.

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D 122

En este capítulo, se indican las tres etapas de cobertura de medicamentos (etapa de cobertura inicial, etapa de brecha de cobertura, etapa de cobertura catastrófica) y cómo estas etapas afectan lo que debe pagar por los medicamentos. También, se explican los seis niveles de costo compartido para los medicamentos de la Parte D y cuánto debe pagar en cada uno de estos niveles.

Evidencia de cobertura para 2020

Índice - Continuación

Capítulo 7. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos 139

Se indica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 147

Se explican los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Además, se indica qué hacer si considera que no se han respetado sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 158

En este capítulo, se describe paso a paso qué hacer si, como miembro de nuestro plan, tiene problemas o inquietudes.

- Se explica cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo presentar apelaciones si tiene problemas para conseguir la atención médica o los medicamentos con receta que considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitar que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos con receta; también incluye pedirnos que continuemos brindando cobertura para la atención en hospital y ciertos tipos de servicios médicos, si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- Se explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membrecía en el plan 212

En este capítulo, se indica cuándo y cómo puede finalizar su membrecía en el plan. También se explican las situaciones en las cuales en el plan debemos finalizar su membrecía.

Capítulo 11. Avisos legales 221

Se incluyen avisos sobre la ley vigente y las disposiciones de no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 225

Se explican las palabras clave utilizadas en este manual.

Capítulo 1
Comenzar como miembro

Capítulo 1. Comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 7

Sección 1.1 Usted está inscrito en el plan Sharp Direct Advantage, que es un plan de HMO de Medicare 7

Sección 1.2 ¿De qué se trata el manual de *Evidencia de cobertura*? 7

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 7

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

Sección 2.1 Cuáles son los requisitos de admisión 8

Sección 2.2 ¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B? 8

Sección 2.3 Aquí está el área de servicio del plan Sharp Direct Advantage 8

Sección 2.4 Es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en el país 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte? 9

Sección 3.1 Su tarjeta de membrecía del plan: úsela para obtener toda la atención y los medicamentos con receta cubiertos 9

Sección 3.2 *Lista de proveedores y farmacias* del plan: Su guía de todos los proveedores y farmacias de la red del plan 10

Sección 3.3 Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan 11

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D): breve informe de los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D 11

SECCIÓN 4 Su prima mensual del plan *Sharp Direct Advantage* 12

Sección 4.1 ¿Cuál es la prima de su plan? 12

SECCIÓN 5 ¿Debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D? 13

Sección 5.1 ¿Qué es la multa por inscripción tardía de la Parte D? 13

Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D? 13

Sección 5.3 En algunas circunstancias, puede inscribirse tarde y no pagar la multa 14

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D? 15

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto extra por la Parte D debido a sus ingresos? 15

Sección 6.1 ¿Quiénes pagan un monto extra por la Parte D debido a los ingresos? 15

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto extra por la Parte D? 15

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar el monto extra por la Parte D? 16

Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto extra por la Parte D? 16

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 16

Sección 7.1 Cómo pagar su prima del plan 17

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? 17

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membrecía en el plan 17

Sección 8.1 Cómo asegurarse de que tenemos la información correcta sobre usted 17

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal de salud 19

Sección 9.1 Garantizamos que su información de salud esté protegida 19

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro en relación con nuestro plan 19

Sección 10.1 ¿Cuál plan debe pagar primero cuando se tiene otro seguro? 19

SECCIÓN 1
Introducción

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

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención de salud y su cobertura de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan.

Existen distintos tipos de planes de salud de Medicare. Sharp Direct Advantage es un plan Medicare Advantage de una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) aprobado por Medicare y es operado por una compañía privada.

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

En este manual, se explica cómo obtener atención médica de Medicare y los medicamentos con receta cubiertos a través de nuestro plan. Además, se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y cuánto debe pagar como miembro del plan.

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 manual.

Si está confundido o preocupado o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

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 toda otra notificación que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o criterios 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. El año de beneficios ha sido establecido por su empleador o sindicato anteriores.

Cada año de beneficios, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan Sharp Direct Advantage después de que finalice el año de beneficios. Además, podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en otra área de servicio.

Cada año, Medicare debe aprobar nuestro plan

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

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

Sección 2.1 Cuáles son los requisitos de admisión

Usted reúne los requisitos para obtener la membrecía en nuestro plan si cumple con lo siguiente:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B (en la sección 2.2 encontrará más información sobre ambas coberturas).
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.3 más adelante describe nuestra área de servicio).
- Es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en el país.
- No tiene enfermedad renal en etapa terminal, con algunas excepciones, como en el caso de desarrollar esta enfermedad después de que ya es miembro de uno de nuestros planes o si era miembro de un plan que ya caducó.
- Reúne las condiciones de elegibilidad establecidas por la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece el patrocinador del grupo de empleador o sindicato.

Sección 2.2 ¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, con Medicare Parte A se ayuda a cubrir servicios brindados por hospitales (en relación con servicios de hospitalización, centros de enfermería especializada o agencias de atención de salud en el hogar).
- Medicare Parte B es para la mayoría de los otros servicios médicos (como servicios brindados por el médico y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero y suministros).

Sección 2.3 Aquí está el área de servicio del plan Sharp Direct Advantage

Aunque Medicare es un programa federal, el plan Sharp Direct Advantage 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 usted planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio al Cliente. (Los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). 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 2.4 Es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente 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 Medi-Cal) le informará a nuestro plan si usted no reúne las condiciones para ser miembro según este requisito. Si no lo cumple, en nuestro plan deberemos darle de baja.

SECCIÓN 3
¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?

Sección 3.1 Su tarjeta de membrecía del plan: úsela para obtener toda la atención y los medicamentos con receta cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de membrecía del plan siempre que reciba servicios cubiertos por 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 una muestra de una tarjeta de membrecía para que vea cómo será la suya:

Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los **casos no deberá utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (excepto los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios que se ofrecen en un centro para enfermos terminales). Es posible que le pidan que muestre su nueva tarjeta de Medicare si necesita servicios de hospital. Guarde su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro por si la necesita más adelante.

¿Por qué es tan importante? Si, siendo miembro del plan, obtiene servicios cubiertos usando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, en lugar de usar su tarjeta de membrecía del plan, es posible que tenga que pagar el costo completo de la atención.

Si su tarjeta de membrecía del plan se daña, extravía o se la hurtan, llame a Servicio al Cliente inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

Sección 3.2 *Lista de proveedores y farmacias* del plan: Su guía de todos los proveedores y farmacias de la red del plan

En la *Lista de proveedores y farmacias* del plan se enumeran nuestros proveedores y farmacias de la red.

¿Cuáles son los proveedores de la red?

Los proveedores de la red son los médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención de salud que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestros pagos y los costos compartidos de los planes como pago completo. Hemos acordado que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

¿Cuáles son las farmacias de la red?

En la *Lista de proveedores y farmacias* del plan se incluyen todas las farmacias de nuestra red; es decir, todas las farmacias que han acordado suministrar los medicamentos con receta cubiertos a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber cuáles son las farmacias de la red?

Puede consultar la *Lista de proveedores y farmacias* del plan para encontrar la farmacia de la red que quiere utilizar. Esto es importante porque, con algunas pocas excepciones, debe adquirir los medicamentos con receta en una farmacia de la red si quiere que con nuestro plan se cubran los medicamentos (se lo ayude a pagarlos). El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitar que le enviemos por correo la *Lista de proveedores y farmacias.* Para saber qué farmacias están en nuestra red, revise la *Lista de proveedores y farmacias* para 2020.

¿Por qué necesita saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar 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, servicios 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 en nuestro plan se autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el capítulo 3, “Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos”, para obtener más información sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área de cobertura.

Si no tiene una copia de la *Lista de proveedores y farmacias*, puede solicitarla llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). Si quiere obtener más información sobre los proveedores de la red, incluidas sus acreditaciones, comuníquese con Servicio al Cliente. También puede consultar la *Lista de proveedores y farmacias* en sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources o descargar una copia desde este sitio web. Para conocer los cambios más actuales en nuestros proveedores de la red, llame a Servicio al Cliente o ingrese 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 por el 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 por Medicare, donde han 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, si la solicita. Esta incluye información sobre los medicamentos cubiertos que generalmente utilizan nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la lista impresa. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de medicamentos, debe ingresar en nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente para saber si lo cubrimos. 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 (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D): breve informe de los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o EOB de la Parte D).

En *este informe, se* indica el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En el capítulo 6, *"Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D"*, se brinda más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y cómo puede hacer para llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Puede solicitar un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* si así lo desea. Para ello, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4
Su prima mensual del plan *Sharp Direct Advantage*

Sección 4.1 ¿Cuál es la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual. En 2020, la prima mensual del plan Sharp Direct Advantage es de $201. Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que la pague Medi-Cal o un tercero por usted). Su cobertura se brinda a través de un contrato con su empleador actual o su empleador o sindicato anteriores. Comuníquese con la Asociación de Beneficios para Empleados Públicos de San Diego (SDPEBA) al 1-888-315-8027 para obtener más información sobre la prima del plan.

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menor

El programa Ayuda Adicional asiste a las personas de recursos limitados para pagar sus medicamentos. En la sección 7 del capítulo 2, se brinda más información sobre este programa. Si reúne las condiciones, es posible que, al inscribirse, su prima mensual del plan sea menor.

Si ya está inscrito en el programa y recibe ayuda de este, es posible que la información sobre las primas de esta Evidencia de cobertura no se aplique a su caso. 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 de LIS). En este documento, encontrará información sobre los costos de los medicamentos. Si no recibió este documento, llame a Servicio al Cliente y solicítelo. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

En algunos casos, la prima de su plan puede ser <u>mayor</u>

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser mayor que el monto que figura más arriba en la sección 4.1. La situación se describe a continuación:

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando pasaron a cumplir los requisitos por primera vez o porque no tuvieron cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más. (El término "cobertura acreditable" se refiere a una cobertura de medicamentos de la que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía.
    - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el monto de esta dependerá de cuánto tiempo haya estado sin cobertura acreditable de medicamentos con receta o de la Parte D. En la sección 5 del capítulo 1, se explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, podría ser dado de baja del plan.

SECCIÓN 5
¿Debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Nota: Si participa en el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no deberá pagar la multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se suma a su prima de la Parte D. Es posible que deba pagar esta multa por inscripción tardía 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, es decir que se cuenta con que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que 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 acreditable de medicamentos con receta o de la Parte D. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía se agrega a su prima mensual. Cuando usted se inscribe en el plan Sharp Direct Advantage, 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.

Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Aquí se muestra cómo funciona:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de que reuniera los requisitos para la inscripción. O bien cuente la cantidad de meses completos durante los cuales usted no tuvo cobertura acreditable de medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. 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, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación teniendo en cuenta el año anterior. Para 2019, el monto promedio de la prima era de $33.19. Esta cantidad puede cambiar para 2020.
- 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 $33.19, lo que equivale a $4.647, que se redondea a $4.60. Este monto se sumará **a la prima mensual para aquellos que tengan una multa por inscripción tardía.**

Hay tres factores importantes que debe tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede variar cada año. Si la prima nacional promedio (según lo determine Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- 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 se restablecerá al cumplir los 65 años. Una vez cumplidos los 65 años, su multa por inscripción tardía 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.

Sección 5.3 En algunas circunstancias, puede inscribirse tarde y no pagar la multa

Aunque haya demorado su inscripción en un plan que ofrece cobertura de Medicare Parte D cuando reunió las condiciones de admisión por primera vez, en ocasiones no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.

No tendrá que pagar la multa por inscripción tardía si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Ya tiene una cobertura de medicamentos con receta de la que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Medicare llama a esto **"cobertura acreditable de medicamentos"**.
  Tenga en cuenta lo siguiente:
  - La cobertura acreditable podría incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato anteriores, de TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Todos los años, 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.
    - Tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe un certificado de cobertura acreditable de medicamentos al finalizar su cobertura de salud, no necesariamente significa que su cobertura de medicamentos con receta haya sido acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura acreditable de medicamentos con receta, y que se contaba con que pagara lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.
  - 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.
  - Para obtener más información sobre la cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y Usted 2020* o llame a Medicare 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.
- No tuvo cobertura acreditable, pero durante menos de 63 días consecutivos.
- Participa en el programa Ayuda Adicional de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si está en desacuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre dicha multa. 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. Si antes de inscribirse en nuestro plan estaba pagando una multa, es posible que no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de la multa por inscripción tardía. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 6
¿Debe pagar un monto extra por la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quiénes pagan un monto extra por la Parte D debido a los ingresos?

La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, es posible que algunas personas paguen un monto extra debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son de $85,000 o más para personas solteras (o personas casadas que presenten sus impuestos por separado), o de $170,000 o más para matrimonios, debe pagar un monto adicional directamente al Gobierno por su cobertura de Medicare Parte D.

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 y cómo pagarlo. 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.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto extra por la Parte D?

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (MAGI) que figuran en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos exceden una suma determinada, deberá pagar un monto extra además de su prima mensual del plan.

Para obtener más información sobre el monto extra que quizá deba pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar el monto extra por la Parte D?

Si está en desacuerdo con pagar el monto extra por la Parte D debido a sus ingresos, 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/TDD: 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto extra por la Parte D?

Este monto extra se paga directamente al Gobierno (no a su plan de Medicare). Si la ley le exige que pague un monto extra y no lo hace, se le dará de baja del plan y perderá su cobertura de medicamentos con receta.

SECCIÓN 7
Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la sección 2, para poder inscribirse en nuestro plan, debe tener tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B. Algunos miembros (aquellos que no reúnen los requisitos para no tener primas de la Parte A) pagan las primas de Medicare Parte A. La mayoría de los miembros pagan la prima de Medicare Parte B. **Debe continuar pagando sus primas de Medicare para permanecer como miembro del plan.**

Si sus ingresos brutos ajustados modificados que figuran en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos de hace dos años exceden una suma determinada, deberá pagar 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.

- **Si debe pagar un monto extra y no lo hace, se le dará de baja del plan y perderá su cobertura de medicamentos con receta.**
- 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.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según los ingresos, consulte la sección 10 del capítulo 6 de este manual. También puede ingresar en el sitio web http://www.medicare.gov o 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. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778.

En su copia de *Medicare y Usted 2020* se le informa sobre las primas de Medicare en la sección denominada "Costos de Medicare para 2020". Allí se explica cómo las primas de Medicare Parte B y Medicare Parte D difieren según los diferentes ingresos de las personas.
Todas las personas inscritas en Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Aquellas personas nuevas en Medicare la reciben dentro del mes posterior a la inscripción. Puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2020* del sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Cómo pagar su prima del plan

Su cobertura se brinda a través de un contrato con su empleador actual o su empleador o sindicato anteriores. Comuníquese con la Asociación de Beneficios para Empleados Públicos de San Diego (SDPEBA) al 1-888-315-8027 para obtener más información sobre la prima del plan.

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambiará el próximo año, se lo informaremos antes de comenzar el nuevo año de beneficios.

No obstante, en algunos casos, la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si pasa a cumplir con los requisitos para el programa Ayuda Adicional o si deja reunir los requisitos para este programa durante el año. Si un miembro reúne las condiciones para participar en el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa pagará una parte de la prima mensual del miembro. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre. Un miembro que deja de reunir los requisitos en el transcurso del año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede encontrar más información sobre el programa Ayuda Adicional en la sección 7 del capítulo 2.

SECCIÓN 8
Mantenga actualizado su registro de membrecía en el plan

Sección 8.1 Cómo asegurarse de que tenemos la información correcta sobre usted

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

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

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como la de su empleador, del empleador de su cónyuge, seguro del trabajador o Medi-Cal).
- Si tiene reclamos por seguros de responsabilidad civil, por ejemplo, por accidentes automovilísticos.
- Si ha ingresado en un asilo de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Si designó a otra persona como parte responsable (por ejemplo, un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si cualquiera de estos datos cambia, llame a Servicio al Cliente para comunicárnoslo (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

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.

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

Medicare requiere que recopilemos datos sobre cualquier otro seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto es así porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona su cobertura cuando tiene otro seguro médico, consulte la sección 10 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de todas las otras coberturas de seguro médico o de medicamentos de las que tenemos conocimiento. Lea esta información detalladamente. Si es correcta, no tendrá que hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en esa lista, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 9
Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 9.1 Garantizamos que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su información personal de salud, lea la sección 1.4 del capítulo 8 de este manual.

SECCIÓN 10
Cómo funciona otro seguro en relación con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Cuál plan debe pagar primero cuando se tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de grupo a través de un empleador), existen reglas dictadas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de esa cobertura. El seguro que paga en segundo lugar, denominado “pagador secundario”, solo paga si existe algún costo que no esté cubierto por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no cubra el pagador primario.

Estas reglas se aplican si usted cuenta con la cobertura de un plan de salud de grupo de un empleador o sindicato, además del plan Sharp Direct Advantage:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, el plan que paga primero se determinará sobre la base de su edad, la cantidad de empleados de su empleador y si tiene Medicare por motivos de edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal:
    - Si es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad y si usted o algún miembro de su familia continúan trabajando, su plan de salud de grupo paga primero, siempre que el empleador tenga 100 empleados o más, o bien si, como mínimo, un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge continúan trabajando, su plan de salud de grupo paga primero, siempre que el empleador tenga 20 empleados o más, o bien si, como mínimo, un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si cuenta con Medicare por padecer enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de su admisión en Medicare.

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

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

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

En caso de que tenga otro seguro, comuníqueselo a su médico, en el hospital y en la farmacia. Si tiene dudas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). Es posible que deba darles su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (después de confirmar la identidad de estas) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 2
Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de Sharp Direct Advantage (cómo contactarnos, incluye cómo comunicarse con Servicio al Cliente del plan)..... 23**

SECCIÓN 2 **Medicare 31**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 33**

SECCIÓN 4 **Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare)..... 34**

SECCIÓN 5 **Seguro Social 35**

SECCIÓN 6 **Medi-Cal (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados) 36**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta 37**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 39**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador? 40**

SECCIÓN 1
Contactos de Sharp Direct Advantage

(cómo contactarnos, incluye cómo comunicarse con Servicio al Cliente del plan)

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. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 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. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
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 relacionadas con su atención médica, consulte el capítulo 9 *"Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)"*.

Puede comunicarse con nosotros si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
POR TELÉFONO	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 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. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
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 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. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 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. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
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 de la red, incluso una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas 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 su atención médica, consulte el capítulo 9 "Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)".

Método	Quejas por atención médica: información de contacto
POR TELÉFONO	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 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. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
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 por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9 *"Qué 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.
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 relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9 *"Qué 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.
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 disputas 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 relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9 *"Qué 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. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 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. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
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 nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que ha recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que necesite pedirnos un reembolso o el pago de una factura que usted ha recibido de un 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, puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 *"Qué 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	**Atención médica:** Sharp Health Plan Attn: Customer Care 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450 **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 padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Los Centros de Servicios de Medicare y Medi-Cal (a veces, denominados CMS) son la agencia federal a cargo de Medicare. Esta agencia tiene contrato con las 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	http://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del Gobierno para Medicare. Allí se brinda información actualizada sobre Medicare y las últimas novedades de 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 manuales 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:** brinda información sobre la situación de admisión para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas 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.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (CONTINUACIÓN)	También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare las quejas que pueda tener sobre Sharp Health Plan: • **Informe su queja a Medicare :** Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para ello, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. En Medicare, se analizan las quejas seriamente y se utilizará esta información para mejorar la calidad del programa. Si no tiene computadora, 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 solicitarles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de 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 del Gobierno 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 independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que obtiene recursos del Gobierno federal para brindar de manera gratuita asesoramiento local de seguros de salud a personas que tienen Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. También 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 a entender las opciones que ofrecen los planes de Medicare y responder las preguntas relacionadas con cambios de plan.

Método	**Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) del Departamento de Servicios para Adultos Mayores de California**
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 100 San Diego, CA 92123
SITIO WEB	http://seniorlaw-sd.org/programs/health-insurance-counseling-advocacy-program-hicap/

SECCIÓN 4
Organización para el Mejoramiento de la Calidad

(pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare)

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 les paga el Gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude 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, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria finalizan demasiado pronto.

Método	Livanta, LLC (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California)
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 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.bfccqioarea5.com

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 los requisitos 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. El Seguro Social administra el proceso de inscripción en Medicare. Para inscribirse en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

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

SECCIÓN 6
Medi-Cal

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

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.

Además, existen programas que se ofrecen mediante Medi-Cal que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, por ejemplo, las primas. Gracias a los programas de ahorros de Medicare que se enumeran a continuación, las personas con ingresos y recursos limitados pueden ahorrar dinero anualmente:

- **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 con 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 saber más 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 programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

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 las condiciones, 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 cuenta para calcular sus costos de desembolso.

Es posible que las personas con ingresos y recursos limitados reúnan las condiciones para ingresar en el programa Ayuda Adicional. Algunas personas reúnen las condiciones y pueden ingresar en el programa automáticamente sin necesidad de presentar una solicitud. Medicare les envía una carta a estas personas.

Puede obtener la asistencia del programa para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si reúne las condiciones 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 deben llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Oficina del Seguro Social: 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 (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 en algún estado se pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene alguna duda. (Los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare

El Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare ofrece descuentos a través de los fabricantes en medicamentos de marca para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa de brecha de cobertura y no hayan ingresado en el programa Ayuda Adicional. Para medicamentos de marca, en el descuento de fábrica del 70 %, se excluyen las tarifas de expendio aplicadas a los costos de la etapa de brecha de cobertura. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de expendio por los medicamentos de marca.

Si alcanza la etapa de brecha de cobertura, aplicaremos el descuento automáticamente cuando su farmacia le facture su medicamento con receta. Todos los descuentos que reciba se detallarán en su Explicación de beneficios de la Parte D. Tanto el monto que usted paga como el que descuenta el fabricante se consideran para calcular sus costos de desembolso como si hubiera pagado dichos montos y, de esta manera, usted avanza en la etapa de brecha de cobertura. El monto que pagamos en el plan (el 5 %) no cuenta para calcular sus costos de desembolso.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Si alcanza la etapa de brecha de cobertura, en el plan pagamos el 75 % del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25 % restante. El monto que pagamos por los medicamentos genéricos (el 75 %) no se toma en cuenta para calcular sus costos de desembolso. El monto que usted paga es el único que cuenta y que le permite avanzar en la etapa de brecha de cobertura. Además, la tarifa de expendio está incluida como parte del costo del medicamento.

El Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare está disponible en todo el país. **Como el plan Sharp Direct Advantage no incluye la etapa de brecha de cobertura, los descuentos que se describen aquí no se aplican en su caso.**

En cambio, en el plan seguimos cubriendo sus medicamentos con el monto regular de costo compartido hasta que cumpla con las condiciones para ingresar en la etapa de cobertura catastrófica. Consulte la sección 5 del capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la etapa de cobertura inicial.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas que reúnen los requisitos para participar en este programa y que viven con VIH o sida tengan acceso a medicamentos contra el VIH que puedan salvarles la vida. Para los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP se puede recibir la asistencia del ADAP de California para pagar el costo compartido de dichos medicamentos. Nota: Para la admisión en el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir ciertos criterios, como contar con pruebas que certifiquen su residencia en el estado y el estado del VIH, constancia de bajos ingresos (según la definición del estado) y de falta de seguro o de seguro insuficiente.

Si actualmente usted está inscrito en el programa, es posible que este siga prestándole asistencia con el pago del costo compartido de los medicamentos con receta de Medicare Parte D para los medicamentos del Formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifíquele al empleado de inscripciones del ADAP local si hay cambios en el nombre de su plan de Medicare Parte D o en su número de póliza. Comuníquese con el ADAP al 1-844-421-7050.

Para obtener información sobre los criterios de admisión, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el ADAP al 1-844-421-7050.

¿Qué sucede si participa en el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus costos de medicamentos con receta? ¿Puede obtener descuentos?

No. Si participa en ese programa, ya cuenta con cobertura para los costos de los medicamentos con receta durante la etapa de brecha de cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene descuentos, pero considera que debería tenerlos?

Si considera que ha alcanzado la etapa de brecha de cobertura y no recibió un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próxima *Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)*. Si el descuento no figura en la *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas sean correctos y estén actualizados. Si no llegamos a un acuerdo sobre este asunto, puede apelar. Para obtener ayuda sobre cómo presentar una apelación, puede comunicarse con el Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) de California (los números de teléfono figuran en la sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8
Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

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

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.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: información de contacto
POR TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono por tonos, puede acceder a la información grabada y a los servicios automáticos 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	http://www.rrb.gov

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de un grupo de empleador o jubilación (suyo o de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicio al Cliente si tiene alguna duda. Pregunte sobre el período de inscripción o los beneficios de salud de su grupo de empleador o jubilación (suyo o de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual). 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 de la cobertura del plan para sus servicios médicos

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Información que necesita saber sobre cómo recibir atención médica cubierta como miembro de nuestro plan 43

Sección 1.1 ¿Cuáles son los proveedores de la red y los servicios cubiertos? 43

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan 43

SECCIÓN 2 Reciba atención médica de los proveedores de la red del plan 45

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria para que brinde y organice su atención médica 45

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener aprobación previa de su proveedor de atención primaria? 46

Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 46

Sección 2.4 Cómo obtener atención de parte de proveedores fuera de la red 47

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia, si necesita atención de urgencia o durante una catástrofe 48

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 48

Sección 3.2 Cómo obtener servicios de urgencia 49

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante una catástrofe 50

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos? 50

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 50

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total 50

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 51

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica? 51

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? 52

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una institución religiosa no médica de atención de salud 53

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de salud? 53

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención cubrimos con el plan en instituciones religiosas no médicas de atención de salud? 53

SECCIÓN 7 Reglas para adquirir la propiedad del equipo médico duradero 54

Sección 7.1 ¿Puede ser propietario del equipo médico duradero una vez que haya realizado determinada cantidad de pagos con nuestro plan? 54

SECCIÓN 1
Información que necesita saber sobre cómo recibir atención médica cubierta 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. Aquí encontrará definiciones de términos y la explicación de las reglas que debe seguir para recibir tratamientos, servicios médicos y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para conocer los detalles sobre la atención médica que se cubre con el plan y saber cuánto debe pagar usted cuando la recibe, 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?

Estas son algunas de las definiciones que lo ayudarán a entender cómo obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- **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 los montos de sus costos compartidos como pago completo. Hemos acordado que estos proveedores 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, los suministros y los equipos de atención de salud que están cubiertos en nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica están detallados en el cuadro de beneficios del capítulo 4.

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

Como Sharp Direct Advantage es un plan de salud de Medicare, debemos cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y seguir todas sus reglas de cobertura.

En general, con nuestro plan se cubrirá su atención médica, siempre y cuando se cumpla con 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 manual).

- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** “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.
- **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 parte 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). *A continuación, se detallan tres excepciones:*
  - Con el plan se cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de parte 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 los proveedores de nuestra red no pueden brindarla, puede recibir dicha atención de un proveedor fuera de la red. Antes de recibirla, deberá obtener autorización previa para los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de parte de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo recibir aprobación para que lo atienda un proveedor fuera de la red, consulte la sección 2.4 de este capítulo.
  - Con el plan se cubren los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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 organice 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 de nuestra *Lista de proveedores y farmacias* 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 a un PCP de la *Lista 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. Una vez que haya elegido a 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 las prácticas de remisión y 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 customer.service@sharp.com. Ellos 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 obtener aprobación previa de su proveedor de atención primaria?

Puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin obtener 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 exámenes pélvicos, siempre que los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, 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.
- Servicios de urgencia obtenidos de proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los de la red no estén disponibles o no sean accesibles en ese momento; por ejemplo, cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por 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. Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

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

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

Cuando selecciona a un PCP, es importante que recuerde que esto puede limitar su acceso a la red de especialistas que tienen contrato con el grupo médico de su PCP. Su PCP elegirá un especialista de la red a quien lo remitirá según las prácticas de remisión y afiliación hospitalaria. La presencia de un especialista de la red específico en la *Lista de proveedores y farmacias* 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 su primera visita, revise primero 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 especialista necesiten obtener aprobación del plan por anticipado (esto se conoce como “autorización previa”). Consulte la sección 2.1 del capítulo 4 para saber qué servicios requieren autorización previa 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 médica y servicios. 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, servicios 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 en nuestro plan se autorice el uso de proveedores fuera de la red.

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. Existen muchas razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan; sin embargo, si su médico o su especialista así lo deciden, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare 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 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 apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o su especialista abandonarán su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Si su proveedor abandona el plan y usted necesita ayuda, puede llamar a Servicio al Cliente. (Los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

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.

SECCIÓN 3
Cómo obtener servicios cubiertos 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 en salud y medicina consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, que pierda una extremidad o las funciones de un miembro del cuerpo. 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.
- **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?

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. 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 pueda poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios médicos del capítulo 4 de este manual.

Como parte de la póliza de nuestro plan, usted cuenta con un programa exclusivo de servicios de emergencia a nivel internacional de Assist America. Si tiene una emergencia, con este programa lo comunican inmediatamente con médicos, hospitales, farmacias y otros servicios si se encuentra a 100 millas o más de su lugar de residencia permanente o en el extranjero. Para obtener más información sobre este servicio, consulte el cuadro de beneficios en el capítulo 4 o llame a Servicio al Cliente.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que lo atiendan para ayudar a administrar su atención y a hacer el seguimiento correspondiente. 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. Con nuestro plan se cubrirá dicha atención. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, deberá comunicarse con su médico o a nuestro plan para 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 lo que tiene es una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que a usted se lo ingrese para recibir atención de emergencia (pensando 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:

- usted acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional;
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las reglas para recibir este tipo de servicios (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?

Se consideran servicios de urgencia aquellos que se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección que no son de emergencia y surgen imprevistamente, de modo tal que requieren atención médica inmediata. Los pueden brindar proveedores de la red o fuera de la red, cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sean accesibles en ese momento. Una afección imprevista podría ser, por ejemplo, un episodio inesperado de alguna afección conocida que usted padezca.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

Siempre debe tratar de recibir servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no son accesibles en ese momento y no resulta razonable esperar a que su proveedor de la red esté disponible para brindar dichos servicios, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Consulte la *Lista de proveedores y farmacias* para obtener una lista de los centros de atención de urgencia de la red.

Puede consultar a personal de enfermería durante la noche o los fines de semana a través del servicio de asesoramiento de enfermería fuera del horario de atención. Los enfermeros registrados están disponibles fuera del horario de atención y los fines de semana a través de Sharp Nurse Connection®. Pueden hablar con usted sobre una enfermedad o lesión, ayudarlo a decidir cuándo y dónde debe buscar atención, y brindarle asesoramiento para cualquiera de sus inquietudes de salud. Para comunicarse con el servicio 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.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, con nuestro plan se cubrirán los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Con el plan se cubren servicios de atención de emergencia y urgencia internacionales 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 recibir información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una catástrofe.

Por lo general, 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 cubiertos?

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

Si usted ha pagado más de su parte del costo 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"* para saber qué hacer.

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

Con nuestro plan se cubren todos los servicios médicos médicamente necesarios que se enumeran en el cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro está en el capítulo 4 de este manual) y que se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. A usted le corresponde pagar el costo completo de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque fueron brindados por un proveedor fuera de la red sin haber sido autorizados.

Si quiere saber si pagaremos alguna atención o servicio médico que quiera recibir, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a enviarnos las preguntas por escrito. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el capítulo 9 *"Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)",* encontrará más información sobre qué puede hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono figuran al final de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted 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. Puede comunicarse con Servicio al Cliente para saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficio hasta el momento.

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". En estos estudios se prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica con la ayuda de voluntarios. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a verificar si una nueva estrategia funciona, y si es segura.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los miembros de nuestro plan. Medicare debe aprobar antes el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare no ha aprobado, *deberá pagar todos los costos por su participación en él.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, una persona que trabaje en el estudio se comunicará con usted para darle más información y verificar si reúne los requisitos establecidos por los científicos que realizan dicho estudio. 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 que Medicare ha aprobado, Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. 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 desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita 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, **debe informarnos antes de comenzar a participar en alguno.** 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 informarles que participará en un estudio clínico y obtener información más específica sobre lo que pagará su plan.

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 por Medicare, tendrá cobertura para 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 Medicare pagaría, incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si forma parte de un estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

En Original Medicare, pagan la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que en Medicare hayan pagado su parte de los costos de estos servicios, con nuestro plan también se pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido 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 de parte de nuestro plan.

> *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 sería solamente $10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba y nosotros pagaríamos $10. Esto significa que usted pagaría $10, que equivale al mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, deberá presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de las notificaciones de resúmenes de Medicare u otra documentación que demuestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto dinero adeuda. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

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

- Por lo general, en Medicare *no* pagarán por el artículo o servicio nuevo que el estudio está probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio, incluso si usted *no* fuera parte de un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le ofrezca a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Artículos y servicios ofrecidos solo para recopilar datos y que no se utilizan directamente para su atención de salud. Por ejemplo, en Medicare no pagarán tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica requeriría normalmente una sola tomografía.

¿Quiere saber más?

Si quiere obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica* (Medicare and Clinical Research Studies) en el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov). 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 cubierta 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 que brinda atención para una enfermedad que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, podemos, en cambio, brindar cobertura de atención en una institución religiosa no médica de atención de salud. Puede elegir recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio se brinda solo para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios no médicos de atención de salud). Medicare solamente pagará los servicios no médicos de atención de salud prestados por una institución religiosa no médica de atención de salud.

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención cubrimos con el plan en instituciones religiosas no médicas 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 ni 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 estar cubierta por nuestro plan, la atención que recibe en una institución religiosa no médica de atención de salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por 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 siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención de hospitalización o de atención en un centro de enfermería especializada.
  - Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de que se lo ingrese en el centro; de lo contrario, no se cubrirá su estadía.

Tiene cobertura durante una cantidad ilimitada de días de atención de hospitalización, siempre y cuando su estadía cumpla las reglas de cobertura establecidas por 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 indicación de un proveedor. Ciertos artículos, como las prótesis, siempre le pertenecen al miembro. En esta sección, analizamos otros tipos de equipo médico duradero que deben alquilarse.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero pasan a ser propietarias de estos después de pagar los copagos correspondientes durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, es posible que no adquiera la propiedad de determinados artículos de equipo médico duradero que alquile. En determinadas circunstancias, le transferiremos a usted la propiedad del equipo médico duradero. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) para obtener más información sobre los requisitos que debe reunir y los documentos que debe presentar.

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

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

Si realizó menos de 13 pagos por el equipo médico duradero en la cobertura de Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco se tendrán en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Original Medicare para poder obtener la propiedad del artículo. No se hará ninguna excepción en relación con esto si vuelve a ser miembro de Original Medicare.

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

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 57

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso que tal vez deba pagar por los servicios cubiertos 57

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que deberá pagar por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Medicare Parte B? 57

Sección 1.3 En nuestro plan, no se permite que los proveedores le facturen el saldo 58

SECCIÓN 2 Utilice el *cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto debe pagar 59

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 59

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 92

Sección 3.1 Servicios *sin* cobertura (exclusiones) 92

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

En este capítulo, se describen sus servicios cubiertos y lo que usted paga por los beneficios médicos. Incluye un cuadro de beneficios médicos donde se enumeran los servicios que tiene cubiertos y se informa cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, 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 **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 elegibilidad para Medicaid o para el programa QMB, si corresponde. Si considera que lo que debe pagar es incorrecto, comuníquese con Servicio al Cliente.

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 que usted debe pagar cada año por los servicios médicos de la red cubiertos para Medicare Parte A y Medicare Parte B. (Consulte el cuadro de beneficios médicos en la sección 2 más adelante). Este límite se denomina “monto de desembolso máximo” por servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, el monto de desembolso máximo que deberá pagar por los servicios de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B en 2020 será de $1,500. 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 la prima del plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuentan para calcular el monto de desembolso máximo). Si alcanza el monto de desembolso máximo de $1,500, no deberá pagar ningún costo de desembolso por los servicios de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B para lo que resta del año. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que la pague Medi-Cal o un tercero por usted).

Sección 1.3 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 por nuestro plan. 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.

Esta protección funciona de la siguiente manera:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo, 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 obtiene una remisión).
  - 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 obtiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo a usted, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

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 en el plan Sharp Direct Advantage y el monto de desembolso que debe pagar por cada uno de ellos. Los servicios que se enumeran en el cuadro de beneficios médicos están cubiertos solamente cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser brindados de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención, el equipo, los servicios y los suministros médicos) *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. En el capítulo 3 se brinda más información sobre los requisitos para acudir a proveedores de la red y las situaciones en las cuales cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- 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". En el capítulo 3 se brinda más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no es necesaria.
- 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 (los números de teléfono figuran al final de este manual).

Otros aspectos importantes que debe saber sobre la cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, en nuestro plan hay cobertura para 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 paga *menos*. Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y Usted 2020.* Puede verlo en línea en http://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 Original Medicare cubre 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.
- Algunas veces, Medicare agrega la cobertura de nuevos servicios para Original Medicare durante el año. Si Medicare agrega la cobertura de algún servicio durante 2020, ya sea en Medicare o en nuestro plan se 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 enfermero clínico especialista. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para este examen de detección.
Servicios de acupuntura Hasta 30 visitas por año del plan (combinado 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 (ASH Plans). • Los servicios están 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), una subsidiaria de propiedad exclusiva de American Specialty Health Incorporated.	Copago de $10 por cada visita al consultorio. El monto que paga por estos servicios no 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 que 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 por 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, es probable que se requiera autorización previa del plan.*	Copago de $0 por cada viaje de ida cubierto por Medicare.
Visita anual de persona sana 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 por la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.
Prueba de densidad ósea Las personas habilitadas (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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de densidad ósea cubiertas por 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 podría 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. *Es posible que su proveedor de la red necesite obtener autorización previa del plan.* *Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red para ciertos servicios especializados.*	Copago de $10 por cada 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 sanguínea y darle consejos para asegurarse de que se alimente de forma saludable. *Es posible que su proveedor de la red necesite obtener autorización previa del plan.* *Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red para ciertos servicios especializados.*	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.
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). *Es posible que su proveedor de la red necesite obtener autorización previa del plan.* *Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red para ciertos servicios especializados.*	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de enfermedades cardiovasculares, cubierto una vez cada 5 años.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 desarrollar cáncer de cuello uterino o cáncer vaginal, 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 podría 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 cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare) Sin límites en la cantidad de visitas por año del plan para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación. *Es probable que se requiera una remisión de su PCP y una autorización previa de su grupo médico o de American Specialty Health Plans (ASH Plans).* American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans), una subsidiaria de propiedad exclusiva de American Specialty Health Incorporated.	Copago de $10 por cada visita al consultorio.
Servicios quiroprácticos (suplementarios) Hasta 30 visitas (combinadas con servicios de acupuntura) por año del plan para el tratamiento o el diagnóstico de trastornos y dolores musculoesqueléticos relacionados. • En American Specialty Health Plans se autorizan los servicios y los brinda uno de los quiroprácticos participantes. • 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), una subsidiaria de propiedad exclusiva de American Specialty Health Incorporated.	Copago de $10 por cada visita al consultorio. El monto que paga por estos servicios no cuenta para su desembolso máximo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 desarrollar cáncer colorrectal reciben cobertura para lo siguiente: • Estudio de colonoscopia (o examen de enema de bario como alternativa) cada 24 meses. Las personas que no están en alto riesgo de desarrollar 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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes para detectar cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos ciertos servicios dentales realizados por un dentista como inherentes a un procedimiento o servicio cubiertos o como parte integral de estos. Esto no incluye servicios relacionados con la atención, tratamientos, obturaciones, extracción o reemplazo de dientes. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $10 por cada visita al consultorio para los beneficios cubiertos por Medicare.
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 hacerse tratamiento de seguimiento y remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual de detección de depresión.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 sanguínea 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 cumplir los requisitos para dos exámenes para detectar diabetes, como máximo, cada 12 meses. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes para detectar diabetes cubiertos por Medicare.
Capacitación para 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. • Para las personas con diabetes que padecen enfermedad del pie diabético grave: 1 par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año de beneficios (incluidas las plantillas para estos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas o 1 par de zapatos con horma profunda y 3 pares de plantillas (no se incluyen las plantillas removibles no hechas a medida para estos zapatos). La cobertura incluye el ajuste de zapatos u hormas. • La cobertura de la capacitación para el autocontrol de la diabetes está sujeta a ciertas condiciones. *Es probable que se requiera autorización previa del plan para obtener zapatos terapéuticos y servicios y suministros para diabéticos.* *Es probable que se requiera una remisión de su proveedor de la red y una autorización previa del plan para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.*	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los suministros para el control de la diabetes. No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para las plantillas o los zapatos terapéuticos. No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los beneficiarios elegibles para el beneficio preventivo de capacitación para el autocontrol de la diabetes. Sin embargo, es posible que deba abonar un copago adicional si realiza una consulta o una visita al consultorio en el momento en que recibe la capacitación.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Equipo médico duradero y suministros relacionados (Para conocer la definición del término "equipo médico duradero", consulte el capítulo 12 de este manual). 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, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el equipo médico duradero (DME) médicamente necesario que tiene cobertura conforme a 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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan.*	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los equipos médicos duraderos y los suministros relacionados.
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 en salud y medicina consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, que pierda una extremidad o las funciones 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 $50 por cada 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 estabilizar su afección de emergencia, debe hacerlo en un hospital de la red para seguir teniendo cobertura *O* en un hospital fuera de la red que esté autorizado por el plan y, en ese caso, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. La atención de emergencia a nivel internacional no tiene límite de cobertura.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Programa de educación para la salud y el bienestar Silver&Fit es un programa de acondicionamiento físico para mantenerse saludable con el paso de los años 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 para que elija: 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. Puede solicitarlo una vez por mes y su nueva membresía estará vigente a partir del primer día del mes siguiente. Kit para hacer ejercicio en el hogar: ¡tiene 35 opciones disponibles para elegir, incluido Fitbit® Connected! El kit se envía directamente a su hogar. En los kits de acondicionamiento físico se pueden incluir un DVD, un folleto con instrucciones y una guía de inicio rápido. Entre los beneficios adicionales se incluyen recursos en línea, como buscadores de gimnasios, clases, boletines informativos y más. Para inscribirse o para obtener más información, visite silverandfit.com o llame a Silver&Fit al 1-877-427-4788 (TTY/TDD 711), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH).	No hay coseguro, copago ni deducible para el programa de 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 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. *Es probable que se requiera 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.* *Su proveedor de la red debe obtener autorización previa del plan para los audífonos. Una vez autorizados, puede consultar al proveedor que usted elija para los audífonos.*	Copago de $10 para las evaluaciones para diagnosticar y tratar los problemas de audición y equilibrio. **Audífonos:** En el plan pagamos hasta $1,000 por audífonos cada tres años. **Ajuste y exámenes de audífonos (hasta 2 visitas por año):** copago de $10 con un proveedor de la red.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 mujeres embarazadas, cubrimos los siguientes servicios: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para los exámenes de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencias de atención de salud en el hogar Antes de recibir servicios de atención de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted los necesita e indicar que una agencia 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 35 horas por semana). • Terapias física, ocupacional y del habla. • Servicios médicos y sociales. • Suministros y equipos médicos. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para los beneficiarios elegibles para los servicios de atención de salud en el hogar cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención en un centro para enfermos terminales Puede recibir atención de parte de cualquier programa de centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Podrá recibir el beneficio de atención en un centro para enfermos terminales si su médico y el director médico de este centro han diagnosticado una enfermedad terminal y certifican que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad continuara el curso normal. Su médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o no. 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. Para servicios en centros para enfermos terminales y servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios que se brindan en un centro para enfermos terminales y todos los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras se encuentre en el programa de atención en un centro para enfermos terminales, su proveedor le facturará a Original Medicare los servicios que pague. Para servicios cubiertos por 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 estén cubiertos por 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 o no: • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, 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).	Cuando se inscribe en un programa de un centro para enfermos terminales certificado por Medicare, el pago de los servicios que ofrece este centro y de los de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal estará a cargo de Original Medicare, y no del plan. 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 para estos centros. Si un proveedor de atención primaria le brinda servicios de consulta en un centro para enfermos terminales debe pagar un copago de $10. Si se los brinda un especialista, debe pagar un copago de $10.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención en un centro para enfermos terminales (continuación) Para servicios que están cubiertos por el plan, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B: con nuestro plan se seguirán cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, ya sea que estos se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal o no. Usted deberá pagar el monto de costo compartido del plan por dichos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del capítulo 5 *"¿Qué ocurre si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por 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 coordinar los servicios. 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 para estos centros.	
Vacunas Entre los servicios cubiertos 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. • 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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de hospitalización Se incluyen servicios hospitalarios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, 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 hospitalización por abuso de sustancias.	Copago de $0 por día.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de hospitalización (continuación) • 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 aprobado por Medicare; y dicho centro decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de servicios de trasplante pueden ser locales o estar ubicados fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se ofrecen fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir obtener los servicios en un lugar local, siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar las tasas de Original Medicare. Si 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 lejano, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre (incluye administración y almacenamiento). La cobertura de sangre total y de hematocritos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se utiliza. • Servicios médicos. **Nota:** Para que se lo considere paciente hospitalizado, 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 u hospitalizado, consulte con el personal del hospital. Encontrará más información en una hoja informativa de Medicare denominada ¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte! Esta hoja informativa está disponible en el sitio web http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.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, es probable que se requiera autorización previa del plan.* *Salvo en caso de emergencia, es probable que se requiera una remisión de su proveedor de la red.*	Si recibe atención de internación autorizada en un hospital que no pertenece a la red después de que su enfermedad 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
Atención de salud mental con internación Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren una estadía en el hospital. 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 es necesario haber estado internado previamente. El copago se reinicia cuando comienza un nuevo período de beneficios. No existe un límite en la cantidad de días cubiertos por el plan para cada período de beneficios. *Salvo en caso de emergencia, es probable que se requiera autorización previa del plan.*	Copago de $0 por día.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una internación sin cobertura Si ya agotó sus beneficios de internación o 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. Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios 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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan.*	**Pruebas y procedimientos de diagnóstico:** copago de $0. **Servicios de radiología terapéutica y de diagnóstico:** coseguro del 0 %. **Servicios de laboratorio:** copago de $0. **Radiografías:** copago de $0. **Suministros médicos (como vendajes, férulas, yesos):** coseguro del 0 %. **Dispositivos ortóticos y protésicos (incluye aparatos para piernas, brazos, espalda y cuello, trusas y piernas, brazos y ojos artificiales):** coseguro del 0 %. **Servicios de terapia física, ocupacional y del habla:** copago de $10.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Terapia médica de nutrición Este beneficio es para personas con diabetes, con enfermedad renal (de los riñones) que no se sometan a diálisis o que hayan recibido un trasplante de riñón, siempre que sea indicado por el médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año en que recibe servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare); posteriormente, 2 horas por año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con indicación médica. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su remisión anualmente si necesita seguir con el tratamiento durante el siguiente año de beneficios. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría 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 cubiertos por 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 reúnen los requisitos de Medicare conforme a todos los planes de salud de Medicare. El Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare 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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Medicamentos con receta de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos por Original Medicare Parte B. Nuestros miembros reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los enumerados a continuación: • Medicamentos que, por lo general, el paciente no puede administrarse y se inyectan o aplican mediante 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 por 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 contra el cáncer y las náuseas. • 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®). • Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. 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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan.*	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para los medicamentos con receta de Medicare Parte B.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Controles y tratamientos contra la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si su índice de masa corporal es de 30 o mayor, cubrimos los servicios de 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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría 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 servicios de tratamiento para el trastorno por uso de opioides están cubiertos por Original Medicare Parte B. Nuestros miembros reciben cobertura por estos servicios a través de nuestro plan. Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Medicamentos para el tratamiento con antagonistas y agonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y el despacho y la administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento sobre el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. *Es probable que se requiera autorización previa del plan.*	Copago de $10 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
Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos: • Radiografías. • Radioterapia (radioisótopos), incluidos suministros y material 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 de hematocritos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se utiliza. • Otros exámenes de diagnóstico ambulatorios. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para los servicios de radiología de diagnóstico (como tomografías computarizadas o resonancias magnéticas). **Pruebas y procedimientos de diagnóstico:** copago de $0. **Servicios de laboratorio:** copago de $0. **Radiografías ambulatorias:** copago de $0. No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para los servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación contra el cáncer).

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Observación en hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, se deben cumplir los criterios de Medicare y 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 si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. Encontrará más información en una hoja informativa de Medicare denominada ¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte! Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018- 09/11435-Are-You-an-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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $50 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 por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, siempre que un médico certifique que el tratamiento con internación sería necesario sin este programa. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para que usted sea internado en el hospital, se lo considerará paciente ambulatorio, y deberá pagar los montos de costo compartido de los servicios ambulatorios en hospital. Aunque su estadía en el hospital sea de una noche, es posible que se lo considere paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. Encontrará más información en una hoja informativa de Medicare denominada ¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte! Esta hoja informativa está disponible en el sitio web http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	**Departamento de Emergencias:** copago de $50 (si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no paga el copago). **Servicios ambulatorios en hospital:** copago de $50 por visita para cada servicio ambulatorio en hospital cubierto por Medicare. **Pruebas y procedimientos de diagnóstico:** copago de $0. **Servicios de laboratorio:** copago de $0. **Hospitalización parcial (incluye medicamentos y productos biológicos):** copago de $10. **Servicios de radiología:** coseguro del 0 %. **Radiografías:** copago de $0. **Suministros médicos:** coseguro del 0 %.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios 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 practicante, asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales correspondientes. *Es probable que se requiera autorización previa del plan.*	Copago de $10 por cada visita de terapia individual o grupal autorizada.
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 (CORF). *Es probable que se requiera autorización previa del plan.* *Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $10 por cada visita a un especialista.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Terapias individual y grupal relacionadas con el abuso de sustancias. *Es probable que se requiera autorización previa del plan.*	Copago de $10 por cada visita de terapia individual o grupal autorizada.
Cirugía ambulatoria (incluidos los servicios prestados en consultorios externos de hospital y centros quirúrgicos ambulatorios) **Nota:** En caso de que deba someterse a una cirugía en un hospital, pregúntele a su proveedor si la cirugía requerirá internación o será ambulatoria. A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para que usted sea internado en el hospital, se lo considerará un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de costo compartido de una cirugía ambulatoria. Aunque su estadía en el hospital sea de una noche, es posible que se lo considere un paciente ambulatorio. *Es probable que se requiera autorización previa del plan.* *Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $50.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios 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 hospitalario para pacientes ambulatorios. *Es probable que se requiera autorización previa del plan.*	Copago de $10 por cada visita.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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. • Evaluaciones de equilibrio y audición básicos realizados por un especialista, si su médico lo indica para determinar si necesita tratamiento médico. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis en el hogar. Las consultas pueden realizarse desde el centro de diálisis de un hospital, o de un hospital de acceso crítico, desde un centro de diálisis renal, o desde el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral agudo. • Controles virtuales breves de entre 5 y 10 minutos con su médico (por ejemplo, por teléfono o videollamada), si usted es paciente existente y el control virtual no está relacionado con una visita al consultorio dentro de los 7 días previos ni conduce a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana. • Evaluación a distancia de un video grabado previamente o de imágenes que usted envió a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas si usted es paciente existente, y siempre que la evaluación a distancia no esté relacionada con una visita realizada al consultorio dentro de los 7 días previos ni origine una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para 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 si usted es paciente existente. • Segunda opinión de otro proveedor de la red previa a la cirugía.	**Visita al médico de atención primaria:** copago de $10. **Visita al especialista:** copago de $10. **Centro quirúrgico ambulatorio certificado:** copago de $50. **Departamento hospitalario para atención ambulatoria:** Consulte “Servicios ambulatorios en hospital” de este cuadro de beneficios. **Exámenes básicos de audición:** Consulte “Servicios para la audición” de este cuadro de beneficios. **Atención dental:** Consulte “Servicios dentales” de este cuadro de beneficios y la sección 2.2 de este capítulo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, los arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades neoplásicas (cancerígenas), o los servicios que estarían cubiertos si fueran prestados por un médico). *Es probable que se requiera autorización previa del plan para ciertos servicios de especialistas.* *Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red para ciertos servicios especializados.*	
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). • Cuidado de los pies de rutina para los miembros con determinadas enfermedades que afectan las extremidades inferiores. *Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $10 por cada visita.
Exámenes para detectar cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente (una vez cada 12 meses): • Examen de tacto rectal. • Prueba de antígeno prostático específico (PSA). *Es probable que se requiera autorización previa del plan.* *Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Dispositivos protésicos 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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan.*	**Dispositivos prostéticos:** $0 **Suministros médicos relacionados:** $0
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 grave y son remitidos por el médico tratante para recibir rehabilitación pulmonar. *Es probable que se requiera autorización previa del plan.* *Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $10 por cada visita al consultorio de un especialista.
Exámenes y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una evaluación del consumo indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas), que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva, puede obtener hasta 4 sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la orientación), 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 por los beneficios preventivos de evaluación y orientación para reducir el consumo indebido de alcohol, cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes 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 elegibles son las siguientes:** aquellas de entre 55 y 77 años de edad que no presentan ningún signo o síntoma de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco de, por lo menos, 30 paquetes por año, o bien que fuman actualmente o que han dejado de hacerlo dentro de los últimos 15 años. Dichas personas deben recibir una orden por escrito para realizarse una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre examen para detectar cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas. Este tipo de consultas debe cumplir con los criterios de Medicare establecidos para tales visitas y debe ser brindado por un médico o 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 orden por escrito para un examen para detectar cáncer de pulmón con LDCT; esta puede ser brindada durante una visita adecuada a un médico o a un profesional calificado no médico. Si el médico o el profesional calificado no médico opta por brindar una visita de asesoramiento sobre 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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de orientación y de toma de decisión compartida ni para la LDCT cubiertas por Medicare.
Exámenes para detectar infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes para detectar infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres 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 orientación del 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 orientación 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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para el beneficio preventivo de exámenes y asesoramiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales 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 para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3). • 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 cubiertos por la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de Medicare Parte B”. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $0.
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 manual. Algunas veces, se utilizan las siglas en inglés “SNF” para referirse a este tipo de centros). Este beneficio está limitado a un máximo de 100 días por período de beneficios. No es necesario haber estado internado previamente. La atención en el hogar o el cuidado de custodia en un centro de enfermería especializada no tienen cobertura.	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (continuación) Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos: • Habitación semiprivada (o habitación privada, si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Terapias física, ocupacional y del habla. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre (incluye administración y almacenamiento). La cobertura de sangre total y de hematocritos comienza solamente con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se utiliza. • Suministros médicos y quirúrgicos ofrecidos normalmente por los SNF. • Pruebas de laboratorio ofrecidas normalmente por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología ofrecidos normalmente por los SNF. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas, ofrecidos normalmente por los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Por lo general, la atención que recibirá en un SNF será en centros de la red. Sin embargo, en ciertas circunstancias enumeradas a continuación, es posible que usted 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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan.* *Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Días 1 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 centro de enfermería especializada. 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
Ayuda para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) Si fuma, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos el asesoramiento para dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses, como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento incluye hasta cuatro visitas en persona. 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 intento incluye hasta cuatro visitas en persona.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de los programas para dejar de fumar y de consumir tabaco, cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicios supervisada La terapia de ejercicio supervisada está cubierta para miembros que tengan la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) 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 especializado con práctica médica 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. *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría 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, pero que requieren atención médica inmediata. Los pueden brindar proveedores de la red o fuera de la red, cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sean accesibles en ese momento. El costo compartido de los servicios de urgencia prestados fuera de la red es el mismo que el de esos servicios prestados dentro de la red.	Copago de $10. Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no paga el copago.
Los servicios de urgencia se cubren a nivel internacional si necesita servicios médicos de inmediato como consecuencia de una enfermedad, lesión o afección inesperadas o imprevistas y que, debido a las circunstancias, usted no puede esperar a regresar al área de servicio de nuestro plan para ser atendido.	Copago de $50 por cobertura a nivel internacional. Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no paga los copagos.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de la visión Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre 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 incluyen las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos a partir de los 50 años e hispanoamericanos a partir de los 65 años. • Para las personas con diabetes, el examen para detectar retinopatía diabética está cubierto 1 vez por año. • 1 par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya el implante de 1 lente intraocular. (Si se le realizan 2 cirugías de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir 2 anteojos después de la segunda cirugía). *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $10 por los exámenes de ojos cubiertos por Medicare destinados a diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida un examen anual para detectar glaucoma). No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.
Examen de ojos de rutina: La cobertura de la visión suplementaria incluye lo siguiente: Un (1) examen de ojos de rutina por año. **Accesorios para la visión de rutina:** Un par de anteojos y marcos estándar, O BIEN lentes de contacto cada 2 años. Examen de ojos de rutina y accesorios para la visión proporcionados por Vision Service Plan (VSP). *Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.*	**Examen de ojos de rutina (hasta 1 por año):** copago de $20. **Anteojos o lentes de contacto con receta (cada 2 años):** copago de $20 para lentes monofocales, lentes bifocales con línea divisoria y lentes trifocales con línea divisoria. Nuestro plan paga hasta $130 por anteojos y monturas estándares, O BIEN hasta $130 por lentes de contacto cada 2 años.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" Con el plan se cubre una visita preventiva "Bienvenido a Medicare" por única vez. 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 desea 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 por el 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 por este plan. Si se excluye un servicio, significa que este plan no cubre el servicio.

En el siguiente cuadro, se enumeran los servicios y 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. No pagaremos los servicios médicos excluidos mencionados en el siguiente cuadro, excepto que se reúnan las condiciones específicas mencionadas. La única excepción sería si, después de una apelación, se determina que un servicio del siguiente cuadro 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 manual).

Todas las exclusiones o limitaciones están descritas en el cuadro de beneficios o en el siguiente cuadro.

Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no tendrán cobertura y no se pagarán con nuestro plan.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según los estándares establecidos por Original Medicare.	✔	
Procedimientos médicos y quirúrgicos y equipos y medicamentos que son experimentales. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos que para nuestro plan y en Original Medicare se consideran que no son, generalmente, aceptados por la comunidad médica.		✔ Es posible que los cubra Original Medicare como un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la sección 5 del capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✔ Tiene cobertura solo cuando es médicamente necesaria.
Los artículos personales que se encuentran en la habitación del hospital o del centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✔	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	✔	
* El cuidado de custodia es la atención que se brinda en un asilo de ancianos, un centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada ni atención de enfermería especializada.	✔	
Los servicios de ayuda en el hogar incluyen asistencia básica en el hogar, como trabajos domésticos ligeros o preparación de comidas ligeras.	✔	
Los honorarios que cobran sus familiares más cercanos o las personas que viven con usted por brindar atención.	✔	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos 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.
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.	✔	
Atención dental de rutina, como limpiezas, obturaciones y dentaduras postizas.	✔	
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.
Cuidado de los pies de rutina.		✔ Cierta cobertura limitada que se brinda de acuerdo con las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes.
Envío de comidas a domicilio.	✔	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos.		✔ Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies.		✔ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la visión y otros dispositivos para ayudar a personas con problemas de visión.	✔	
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.	✔	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos alternativos o naturales).	✔	
Servicios brindados a los veteranos en centros que pertenecen al Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).		✔ Cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital del Departamento de Asuntos de Veteranos, y el costo compartido del VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, les reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los miembros siguen siendo responsables de pagar los montos de costo compartido.
Servicios de laboratorio o radiología realizados como exámenes 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 no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en situaciones específicas
Funciones o accesorios opcionales, adicionales o de lujo para equipo médico duradero, aparatos correctivos o protésicos diseñados principalmente para la comodidad de la persona.	✔	
Reemplazo de equipo médico duradero perdido o hurtado.	✔	
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.	✔	
Equipos o suministros diseñados para acondicionar el aire, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, pelucas, medias de descanso y otros equipos principalmente no médicos.	✔	
Servicio de ambulancia si se utiliza exclusivamente para la comodidad de la persona o cuando otra forma de transporte disponible sería más apropiada.	✔	
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.	✔	
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 no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en situaciones específicas
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 requeridos por lesiones o enfermedades que ocurrieron mientras estaba bajo arresto, detenido, en prisión, encarcelado o confinado conforme a la ley local, estatal o federal.		✔ Tiene cobertura solo si el proveedor de atención primaria del miembro brinda o autoriza los servicios, o si se consideran servicios de emergencia o de urgencia.
Servicios para tratar la infertilidad.	✔	
Tratamiento de disfunción o impotencia sexual.	✔	
Pruebas, servicios o suministros para la concepción mediante una madre sustituta no inscrita en el plan. Si la madre sustituta está inscrita en nuestro plan, este cubrirá los gastos médicos relacionados con el embarazo.	✔	
Los siguientes servicios de salud mental: Cualquiera de los servicios cubiertos por el 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 si Medicare los exige específicamente.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en situaciones específicas
Dispositivos y procedimientos para determinar el sexo de un feto.	✔	
Partos opcionales en el hogar.	✔	
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.	✔	
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 si Medicare los exige específicamente.

* El plan no cubre los servicios excluidos enumerados anteriormente. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no tendrán cobertura y no se pagarán con nuestro plan.

* El cuidado de custodia se trata de cuidado personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la ayuda que recibe para realizar las actividades diarias, por ejemplo, bañarse o vestirse.

Capítulo 5
Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 102

Sección 1.1 En este capítulo, se describe su cobertura para medicamentos de la Parte D 102

Sección 1.2 Reglas básicas del plan para la cobertura de los medicamentos de la Parte D 102

SECCIÓN 2 Adquiera sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de encargo por correo del plan..... 103

Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red..... 103

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 103

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de encargo por correo del plan 104

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?..... 105

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?..... 105

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar en la Lista de medicamentos del plan 107

Sección 3.1 En la Lista de medicamentos se indican los medicamentos de la Parte D que están cubiertos 107

Sección 3.2 Existen seis niveles de costo compartido para los medicamentos de la Lista de medicamentos 108

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento en particular figura en la Lista de medicamentos? 108

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos..... 109

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 109

Sección 4.2 ¿Cuáles son los tipos de restricciones?..... 109

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....110

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que desearía que tuviese? 111

Sección 5.1 Puede tomar algunas medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted quisiera.....111

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o tiene alguna restricción? 111

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento figura en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto?.....113

SECCIÓN 6 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura para uno de sus medicamentos? 114

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 114

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?...114

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan? 116

Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura 116

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membrecía del plan cuando adquiere un medicamento con receta 117

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membrecía 117

Sección 8.2 ¿Qué debe hacer si no tiene su tarjeta de membrecía en ese momento? 117

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 118

Sección 9.1 ¿Qué ocurre si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan? 118

Sección 9.2 ¿Qué ocurre si reside en un centro de atención a largo plazo? 118

Sección 9.3 ¿Qué ocurre si también recibe cobertura de medicamentos a través de un plan de grupo de empleador o de jubilación? 119

Sección 9.4 ¿Qué ocurre si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare? 119

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 120

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura 120

Sección 10.2 El Programa de Administración de Terapia con Medicamentos para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 120

¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?

El programa Ayuda Adicional asiste a las personas de recursos limitados para pagar sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la sección 7 del capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar 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 de LIS). En este documento, encontrará información sobre los costos de los medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y solicítelo. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1
Introducción

Sección 1.1 En este capítulo, se describe su cobertura para medicamentos de la Parte D

En este capítulo, **se explican las reglas para utilizar la cobertura de medicamentos de la Parte D.** En el siguiente capítulo, se explica lo que debe pagar por estos medicamentos (capítulo 6, *"Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D").*

Además de la cobertura para los medicamentos de la Parte D, con el plan también se cubren algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de beneficios de Medicare Parte A, con el plan se suelen cubrir medicamentos que le administran durante internaciones cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de sus beneficios de Medicare Parte B, con el plan se cubren ciertos medicamentos quimioterapéuticos, algunos medicamentos inyectables que se aplican durante una visita al consultorio y los que recibe en un centro de diálisis. En el capítulo 4 *"Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)"* se informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como también sus beneficios y costos para los medicamentos de la Parte B.

Es posible que sus medicamentos estén cubiertos por Original Medicare si está en un centro para enfermos terminales de Medicare. Con nuestro plan solo se cubren los servicios y medicamentos de Medicare Parte A, Parte B y Parte D que no estén asociados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas, y que, por lo tanto, no tienen la cobertura del beneficio de centro para enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 *"¿Qué ocurre si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?"*. Para obtener información sobre la cobertura en un centro para enfermos terminales, consulte la sección sobre centros para enfermos terminales del capítulo 4 "Cuadro de beneficios médicos *(lo que está cubierto y lo que paga usted)"*.

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos conforme a las reglas de los beneficios de la Parte D del plan. La sección 9, *"Cobertura de medicamentos de la Parte D* en situaciones especiales", incluye información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Sección 1.2 Reglas básicas del plan para la cobertura de los medicamentos de la Parte D

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

- Usted debe solicitar a un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada para recetar) que escriba su receta médica.
- La persona autorizada para recetar debe aceptar Medicare o presentar ante los CMS la documentación que demuestre que está capacitada para recetar. Si no lo hace, su reclamo de la Parte D será rechazado. La próxima vez, debe preguntarle a la persona autorizada para recetar si cumple esta condición. Caso contrario, tenga en cuenta que a la persona autorizada para recetar le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- 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 estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan o Lista de medicamentos, para abreviar. (Consulte la sección 3 *"Sus medicamentos deben estar 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 Para que su receta esté cubierta, 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 cubiertos que figuran en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar su *Lista de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources) o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si usted cambia de una farmacia de nuestra red a otra y necesita reponer un medicamento que está tomando, puede solicitarle al proveedor que vuelva a hacerle una receta; o bien, puede solicitar que transfieran la receta a la nueva farmacia 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 de la red en su área, puede solicitar ayuda a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) o consultar la *Lista de proveedores y farmacias.* También puede encontrar información en nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources.

¿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 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, que es la farmacia que comúnmente utiliza el centro. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en uno de estos centros, comuníquese con el Departamento de 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 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 la *Lista de proveedores y farmacias* o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios 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 requiere que solicite el **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 llegará 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, el plan le permite realizar una anulación debido a demora del correo. 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 el consultorio de su médico envía directamente a la farmacia.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención de salud, el personal se comunicará con usted para saber si quiere recibir el medicamento inmediatamente o más adelante. Este procedimiento le brindará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregándole el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la presentación); de ser necesario, le permitirá, además, cancelar o posponer la orden antes de que le envíen el medicamento y se lo facturen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para poder informarles qué deben hacer con la receta nueva y así evitar demoras en las entregas.

Renovación de pedidos de medicamentos con receta mediante el servicio de encargo por correo. Para renovaciones, comuníquese con la farmacia de encargo por correo entre 10 y 15 días antes de la fecha en que cree que se terminará el medicamento. Así, se asegurará de que el siguiente pedido llegue a tiempo.

Para que la farmacia pueda contactarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de que la farmacia sepa cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Comuníquese con nuestra línea de ayuda para recetas de Medicare, al 1-855-222-3183 o inicie sesión en su cuenta, en Caremark.com, y proporcione la información de contacto preferida.

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 formas 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). Puede solicitar este suministro a través del servicio de encargo por correo (consulte la sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

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 la *Lista de proveedores y farmacias*. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono figuran al final de este manual).

2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el **servicio de encargo por correo de la red del plan.** Los medicamentos que *no* están disponibles a través de este servicio de nuestro plan están marcados con las letras **NM** en nuestra Lista de medicamentos. Dicho servicio requiere que solicite el suministro para hasta 90 días. Consulte la sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de este servicio.

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. Si no puede utilizar 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 según sus planes de viaje para ubicar una farmacia de la red durante su 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 o los pierde o si se enferma y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si recibe un medicamento con receta de la Parte D dispensado 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 recibe su receta 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 fuera de la red pueden estar limitadas a un suministro de 10 días de su medicamento.

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

En estos casos, **consulte primero en Servicio al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual). Es posible 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.

¿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 debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare, donde han aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos de la lista son solo aquellos cubiertos por Medicare Parte D (al principio de este capítulo, en la sección 1.1, se explican los medicamentos de la 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:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, que la FDA haya aprobado el medicamento para el diagnóstico y la afección para los que se indicó).
- *Debe estar* respaldado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre medicamentos del servicio americano de medicamentos del formulario hospitalario), DRUGDEX Information System (Sistema de información DRUGDEX) y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology (Red Nacional Integral del Cáncer y Farmacología Clínica), o las versiones que los actualicen.

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que contiene los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca. Generalmente, funciona del mismo modo que el medicamento de marca, pero su costo es menor. Existen medicamentos genéricos que sustituyen a muchos medicamentos de marca.

¿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 permite que ningún plan de Medicare 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.

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, los cuales pueden requerir un manejo especial o una supervisión cercana
- **Costo compartido del nivel 6: Medicamentos selectos**
  Incluye medicamentos genéricos de atención selecta para tratar afecciones como diabetes, presión arterial alta y colesterol alto

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte 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. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

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 los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para que nuestros miembros puedan utilizar los medicamentos del modo más eficaz. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos y lograr así que la cobertura de medicamentos se mantenga más accesible.

En general, nuestras reglas apuntan a que el miembro tome un medicamento que funcione bien para su afección médica y sea seguro y eficaz. 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. También debemos cumplir las reglas y disposiciones de Medicare relacionadas con la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si existe alguna restricción para sus medicamentos, en general significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos los medicamentos. 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 la sección 6.2 del capítulo 9 para saber cómo solicitar una excepción).

Tenga en cuenta que puede ocurrir que un medicamento figure más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que probablemente rijan diferentes restricciones o montos de costo compartido según ciertos factores, como la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención de salud (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; 1 o 2 dosis diaria; comprimidos o jarabe).

Sección 4.2 ¿Cuáles son los tipos de restricciones?

En nuestro plan, se utilizan diferentes tipos de restricciones para que los miembros puedan usar los medicamentos del modo más eficaz. En las siguientes secciones, se informa sobre los tipos de restricciones que aplicamos a ciertos medicamentos.

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. **Cuando esté disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le ofrecerán la versión genérica.** De hecho, no cubriremos ningún medicamento de marca cuando exista uno genérico disponible. 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 B*IEN* 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.** A veces, el requisito para obtener la aprobación por anticipado le sirve 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 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, el plan puede solicitarle que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona en su caso, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento distinto 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 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

En la Lista de medicamentos del plan se incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica al medicamento que toma o quiere tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) o ingrese en nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com/druglist).

Si existe alguna restricción para sus medicamentos, en general significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos los medicamentos. Si existe una restricción para el medicamento que desea tomar, debe comunicarse 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 la sección 6.2 del capítulo 9 para saber cómo solicitar una excepción).

SECCIÓN 5
¿Qué ocurre si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que desearía que tuviese?

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

Esperamos que la cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, es posible que haya algún medicamento con receta que usted toma actualmente, o que usted y su proveedor consideran que debería estar tomando, pero que 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. Como se explica en la sección 4, algunos de los medicamentos que el plan cubre tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, es posible que se requiera que pruebe un medicamento distinto primero, para comprobar su eficacia, antes de que se cubra el medicamento que usted quiere tomar. También podría haber límites en la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. Asimismo, puede suceder que usted desee que no apliquemos la restricción en su caso.
- 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. En el plan todos los medicamentos se encuentran en alguno de los seis niveles de costo compartido. Lo que usted pague por su receta médica dependerá, en parte, del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento.

Puede tomar algunas medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted quisiera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga.

- 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 está en la Lista de medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas circunstancias pueden obtener este tipo de suministro). Esto les dará tiempo a usted y su proveedor para cambiar de medicamento o solicitar la cobertura correspondiente.

- 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 ciertas circunstancias, el plan puede ofrecer un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción. Con esto, usted gana tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener el suministro temporal:

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está incluido en la Lista de medicamentos del plan.**
- El medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (la sección 4 de este capítulo informa sobre las restricciones).

2. **Su situación debe ser alguna de las descritas a continuación:**

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban inscritos en el plan el año pasado:**

  Cubriremos el suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membrecía en el plan si es un nuevo miembro y durante los primeros 90 días del año de beneficios si estaba inscrito en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será para 30 días como máximo. Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos surtir varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento. Debe adquirir el medicamento con receta en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia del centro de atención a largo plazo brinde los medicamentos en pequeñas cantidades por vez para evitar su derroche).

- **Para aquellos que hayan sido miembros del plan durante más de 90 días, residan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro inmediatamente:**

  Cubriremos un suministro de un medicamento en particular para 31 días o menos si su receta indica menos días. Esto se agrega a la situación de suministro temporal que se mencionó anteriormente.

- **Para aquellos que sean trasladados a un centro de LTC desde otro entorno de atención de salud y que hayan sufrido cambios en el nivel de atención requerido:** Cubriremos un suministro de un medicamento en particular para 31 días o menos si su receta indica menos días.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente. (Los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Durante el tiempo que reciba el suministro temporal de un medicamento debe decidir junto con su proveedor qué hacer una vez que dicho medicamento se le termine. Puede cambiar el medicamento por uno que cubramos en el plan o solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento que toma actualmente. Las siguientes secciones le brindan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

Primero, hable con su proveedor. Quizá exista un medicamento cubierto diferente en el plan que pueda ser igualmente eficaz para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento con cobertura que tal vez funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

Puede solicitar una excepción

O usted y su proveedor pueden solicitar en el plan que se haga una excepción en su caso y que se cubra el medicamento como le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede solicitar en el plan que se cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. También puede solicitar en el plan que se haga una excepción y se cubra el medicamento sin restricciones.

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 por 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 primero con su proveedor. Quizá exista un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que pueda servirle. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento con cobertura que tal vez funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

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, su proveedor 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 por 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 ocurre si cambia la cobertura para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se implementan al principio de cada año de beneficios. Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios a la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Aparecen medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizá el gobierno ha aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado, y nosotros decidimos no cubrirlo. O podemos eliminar un medicamento de la lista porque se ha demostrado que es ineficaz.
- **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** (para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura, consulte la sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.**

Cumplimos los requisitos de Medicare antes de que cambiemos la Lista de medicamentos del plan.

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 durante el año, publicamos la información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma regular para incluir todos los cambios que hayan ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos las veces que usted recibiría un aviso directo si los cambios afectan a un medicamento que usted toma. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información. (Los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

¿Los cambios en la cobertura de su medicamento lo afectan enseguida?

Cambios que pueden afectarlo este año. Los cambios de cobertura durante el año actual lo afectarán en los siguientes casos:

- **Un medicamento genérico reemplaza uno de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o añadimos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
  - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento en el mismo nivel de costo compartido o inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.
  - Es posible que no le avisemos por adelantado antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.

- Usted o la persona autorizada para recetar pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento. Si quiere obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 "Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)".
- Si está tomando el medicamento de marca en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hicimos. Esto también incluye información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca; y es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.

- **Medicamentos que no son seguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
  - De vez en cuando, es posible que se retire algún medicamento del mercado repentinamente porque se demuestra que no es seguro o por otras razones. Si esto sucede, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos inmediatamente. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio 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 añadir un medicamento genérico que no sea nuevo para el mercado para reemplazar el medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca. También podemos efectuar cambios basados en los recuadros de advertencia de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. 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 para cambiar a otro medicamento que cubramos.
  - Usted o la persona autorizada para recetar pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento para usted. Si quiere obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 *"Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)".*

Cambios de medicamentos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente los toman: Para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente, si actualmente toma el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1.º de enero del año siguiente si permanece en el plan:

- 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 (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca ni otro cambio anotado 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. Sin embargo, el 1.º de enero del año siguiente, los cambios lo afectarán, y es importante que consulte la Lista de medicamentos para el nuevo año por cualquier cambio en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura

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

Si obtiene medicamentos excluidos, debe pagarlos por su cuenta. No pagaremos los medicamentos que figuran en esta sección. La única excepción es si se determina mediante una apelación que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido conforme a la Parte D, y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el capítulo 9, sección 6.5, de este manual).

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no 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 y 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.
    - Por lo general, se permite cobertura para un uso no indicado de un medicamento únicamente cuando se encuentra respaldado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre medicamentos del servicio americano de medicamentos del formulario hospitalario) y DRUGDEX Information System (Sistema de información DRUGDEX); para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology (Red Nacional Integral del Cáncer y Farmacología Clínica), o las versiones que los actualicen. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, con nuestro plan no se puede cubrir el uso no indicado de dicho medicamento.

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

- Medicamentos que no necesitan 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.

Si participa en el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos, es posible que en el programa estatal Medi-Cal cubran algunos medicamentos con receta que normalmente no se encuentran cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa estatal Medi-Cal para saber qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Los números de teléfono y la información de contacto de Medi-Cal se encuentran en la sección 6 del capítulo 2).

SECCIÓN 8
Muestre su tarjeta de membrecía del plan cuando adquiere un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membrecía

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

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

Si no tiene su tarjeta de membrecía del plan en el momento de adquirir sus medicamentos con receta, solicite al farmacéutico que se comunique 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 ocurre si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan?

Si lo admiten en un hospital o en un centro de enfermería especializada, y la internación está cubierta por 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, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre que dichos medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos. En el capítulo 6 *"Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D"* se brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar.

Tenga en cuenta lo siguiente: Cuando ingresa en un centro de enfermería especializada, vive allí o sale de allí, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el capítulo 10 *"Cómo finalizar su membrecía en el plan",* se explica cómo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

Sección 9.2 ¿Qué ocurre 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 con alguna que suministre los medicamentos para todos sus pacientes. Si usted es residente en un centro de atención a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos con receta médica a través de la farmacia del centro, siempre y cuando la farmacia sea parte de nuestra red.

Consulte la *Lista de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente. (Los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

¿Qué ocurre si reside en un centro de atención a largo plazo y se inscribe en nuestro plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membrecía. El suministro total será para 34 días como máximo, o menos si su receta indica menos días. (Tenga en cuenta que es posible que en la farmacia del centro de atención a largo plazo se brinden los medicamentos en pequeñas cantidades cada la vez para evitar derroche). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, o si en el plan se aplicaron restricciones a la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos si su receta indica menos días.

Durante el tiempo que reciba el suministro temporal de un medicamento debe decidir junto con su proveedor qué hacer una vez que dicho medicamento se le termine. Quizá exista un medicamento cubierto diferente en el plan que pueda ser igualmente eficaz para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar en el plan que se haga una excepción en su caso y que se cubra el medicamento como le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, en la sección 6.4 del capítulo 9, se explica lo que deben hacer.

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

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos con receta, a través de un plan de grupo de su empleador o de jubilación (o del de su cónyuge)? Si es así, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** Puede ayudarlo a determinar cómo funcionará la cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos con receta que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo del empleador o de jubilación. Eso quiere decir que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su grupo de empleador o jubilación debe enviarle una notificación en la que le informe si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año de beneficios es acreditable y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan de grupo es **acreditable,** significa que el plan tiene cobertura de medicamentos de la que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Conserve estos avisos sobre cobertura acreditable, ya que puede necesitarlos más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de grupo del empleador o de jubilación, puede solicitar una copia al administrador de beneficios del plan del empleador o de jubilación, o al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué ocurre si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas o la ansiedad, laxantes o analgésicos que no estén cubiertos por su centro para enfermos terminales porque no se vinculan con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir —antes de poder cubrir el medicamento— una notificación de parte de un proveedor del centro para enfermos terminales o de la persona autorizada para recetar en donde se especifique que el medicamento no está relacionado. Para evitar demoras a la hora de recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por el plan, usted puede pedirle al proveedor de su centro para enfermos terminales o a la persona autorizada para recetar que, antes de pedir en una farmacia que surtan la receta médica, se aseguren de que recibamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado.

Si usted decide cancelar su elección de centro para enfermos terminales o si recibe el alta del centro, con nuestro plan debemos cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando su beneficio en un centro para enfermos terminales de Medicare finaliza, debe presentar la documentación en la farmacia para verificar su alta o cancelación. Consulte las partes previas de esta sección donde se explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos según la Parte D. En el capítulo 6 *"Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D"* se brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar.

SECCIÓN 10
Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a 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. Estas evaluaciones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted adquiere un medicamento con receta. También revisamos 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 médica.
- 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 El Programa de Administración de Terapia con Medicamentos para ayudar 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. Por ejemplo, algunos miembros tienen diversas afecciones médicas, toman muchos medicamentos al mismo tiempo y necesitan medicamentos de alto costo.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un grupo de farmacéuticos y médicos lo desarrolló para nosotros. Con el programa se ayuda a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para tratar diferentes enfermedades 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. Puede hablar con ellos sobre

cómo tomar mejor 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 por escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción para los medicamentos donde se le hacen recomendaciones para que pueda utliizar mejor sus medicamentos, y un espacio para que tome notas o escriba sus preguntas de seguimiento. También encontrará una lista personal de medicamentos con todos los medicamentos que usted toma y el motivo por el cual lo hace.

Es una buena idea que revisen sus medicamentos antes de la visita anual de bienestar, para que pueda hablar con el médico sobre el plan de acción 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 su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve siempre con usted su lista de medicamentos (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 le daremos de baja del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente. (Los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

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

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 125

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otra documentación que explique la cobertura de sus medicamentos 125

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso que tal vez deba pagar por los medicamentos cubiertos 125

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 126

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros del plan Sharp Direct Advantage? 126

SECCIÓN 3 Le enviaremos informes para explicarle sobre los pagos de los medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 127

Sección 3.1 Le enviaremos un informe mensual denominado Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) 127

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos 127

SECCIÓN 4 No hay deducible para el plan Sharp Direct Advantage 128

Sección 4.1 No debe pagar un deducible por sus medicamentos de la Parte D 128

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, en el plan pagamos su parte de los costos de los medicamentos y usted paga la suya 129

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de la farmacia donde lo adquiera 129

Sección 5.2 En este cuadro, se indican sus costos del suministro de un medicamento para *un mes* 130

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 132

Sección 5.4 En este cuadro, se indican sus costos del suministro de un medicamento *a largo plazo* (90 días) 132

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen un monto de ***$6,350 ..... 133***

Sección 5.6 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso por los medicamentos con receta 134

SECCIÓN 6 Con el plan Sharp Direct Advantage, no se incluye la etapa de brecha de cobertura 135

Sección 6.1 No se incluye la etapa de brecha de cobertura para sus medicamentos de la Parte D 135

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, en el plan pagamos la mayor parte del costo de sus medicamentos 136

Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en ella durante el resto del año 136

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga..... 137

Sección 8.1 En el plan podemos tener una cobertura aparte para las vacunas de la Parte D y para el costo de la aplicación 137

Sección 8.2 Puede llamar a Servicio al Cliente antes de aplicarse una vacuna 138

¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?

El programa Ayuda Adicional asiste a las personas de recursos limitados para pagar sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la sección 7 del capítulo 2.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar 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 de LIS). En este documento, encontrará información sobre los costos de los medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y solicítelo. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1
Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otra documentación que explique 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 están cubiertos por Medicare Parte D, algunos están cubiertos por 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 que le brindamos en este capítulo, debe conocer los aspectos básicos respecto a qué medicamentos se cubren, dónde adquirir sus medicamentos con receta y qué reglas seguir cuando obtiene medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican los conceptos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar, la llamaremos Lista de medicamentos.
  - En esta lista se informa qué medicamentos están cubiertos.
  - También se indica en cuál de los seis niveles de costo compartido se ubica el medicamento y si tiene restricciones en la cobertura.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicio al Cliente. (Los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). También puede encontrar la lista en nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
- **El capítulo 5 de este manual.** En este capítulo, se ofrecen detalles sobre la cobertura de medicamentos con receta, incluidas las reglas que debe seguir cuando obtiene los medicamentos cubiertos. En el capítulo 5, también se indican los tipos de medicamentos con receta que no se cubren con nuestro plan.
- **La *Lista de proveedores y farmacias del plan***. En la mayoría de los casos, debe ir a una farmacia de la red para comprar los medicamentos cubiertos (consulte el capítulo 5 para obtener detalles). En la *Lista de proveedores y farmacias* se enumeran las farmacias de la red del plan. También se indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro de un medicamento a largo plazo (por ejemplo, cuando necesita presentar una receta para obtener el suministro de un medicamento para tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso que tal vez deba pagar por los medicamentos 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 monto que paga por un medicamento se denomina "costo compartido", y existen tres formas de pago.

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- 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 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?

Como se muestra en el siguiente cuadro, existen etapas de pago de medicamentos para la cobertura de medicamentos con receta según el plan. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentra en el momento de adquirir un medicamento con receta por primera vez o de reponerlo. Tenga en cuenta que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, más allá de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre.

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
Como no hay deducible en el plan, esta etapa de pago no se aplica a su caso.	Usted comienza en esta etapa cuando adquiere un medicamento con receta por primera vez en el año. Durante esta etapa, en el plan, pagamos nuestra parte de los costos de los medicamentos y **usted paga la suya.** Permanece en esta etapa hasta que los **costos de desembolso** del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen un monto de $6,350. (Los detalles figuran en la sección 5 de este capítulo).	Como con el plan no se incluye la etapa de brecha de cobertura, esta etapa de pago no aplica en su caso.	Durante esta etapa, **en el plan, pagaremos la mayor parte del costo** de sus medicamentos durante el resto del año de beneficios (hasta el 31 de julio de 2020). (Los detalles figuran en la sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviaremos un informe mensual denominado Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realiza cuando adquiere un medicamento con receta por primera vez en la farmacia o en veces sucesivas. 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 un 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.

En nuestro plan preparamos un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (muchas veces llamado EOB de la Parte D) cuando usted haya adquirido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. Este 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 pagó el plan y lo que pagó usted y otras personas en su nombre.
- **Los costos totales del año desde el inicio del año de beneficios**. 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.

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 cuando adquiera un medicamento con receta.** Para asegurarse de que tengamos conocimiento de los medicamentos que adquiere y del monto que paga, muestre su tarjeta de membrecía del plan cada vez que adquiera medicamentos con receta.

- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Puede ocurrir que usted pague un medicamento con receta y nosotros no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de desembolso. Para ayudarnos a llevar este registro, puede entregarnos copias de los recibos de los medicamentos que adquirió. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar en nuestro plan que pague su parte del costo. En la sección 2 del capítulo 7 de este manual se explica cómo hacerlo). A continuación, se presentan algunas situaciones en las que es conveniente que nos entregue las copias de los recibos de los medicamentos para asegurarse de que tengamos el registro completo de lo que usted gasta en 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.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otras personas hayan realizado en su nombre.** Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para calcular sus costos de desembolso y lo ayudarán a reunir los requisitos para la cobertura catastrófica. 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 toman en cuenta para calcular los costos de desembolso. Debe llevar un registro de esos pagos y enviárnoslo. De esta manera, nosotros también podremos tener un registro de sus costos.
- **Controle el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que enviamos por correo, léala para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo en el informe o si tiene preguntas, llámenos a Servicio al Cliente. (Los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). Asegúrese de conservar estos informes. Constituyen un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4
No hay deducible para el plan Sharp Direct Advantage

Sección 4.1 No debe pagar un deducible por sus medicamentos de la Parte D

No hay deducible para el plan *Sharp Direct Advantage*. Usted comienza en la etapa de cobertura inicial cuando adquiere su medicamento con receta por primera vez dentro del año de beneficios. Consulte la sección 5 para obtener información sobre su cobertura en esta etapa.

SECCIÓN 5
Durante la etapa de cobertura inicial, en el plan pagamos su 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, en el plan pagamos nuestra 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, los cuales pueden requerir un manejo especial o una supervisión cercana
- **Costo compartido del nivel 6: medicamentos selectos**
  Incluye medicamentos genéricos de atención selecta para tratar afecciones como diabetes, presión arterial alta y colesterol alto

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte 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 que pertenece a la red del plan.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan.
- 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 de este manual y la *Lista 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, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

- **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 que paga cada vez que adquiere un medicamento con receta.

Como se indica en el siguiente cuadro, el monto de copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se ubica su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el costo de su medicamento cubierto es menor que el monto del copago que se indica en el cuadro, pagará ese monto más bajo por su medicamento. Usted debe pagar *el monto total* del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor.*
- Solo cubrimos los medicamentos con receta que se adquieren en farmacias fuera de la red en limitadas situaciones. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para saber en qué circunstancias cubrimos los medicamentos que se adquieren en estas farmacias.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un 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)	**Costo compartido en farmacias de centros de atención a largo plazo** (suministro para hasta 34 días)	**Costo compartido fuera de la red** (la cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido Medicamentos genéricos preferidos	Copago de $10.	Copago de $10.	Copago de $10.
Nivel 2 de costo compartido Medicamentos genéricos	Copago de $10.	Copago de $10.	Copago de $10.
Nivel 3 de costo compartido Medicamentos de marca preferidos	Copago de $20.	Copago de $20.	Copago de $20.
Nivel 4 de costo compartido Medicamentos no preferidos	Copago de $20.	Copago de $20.	Copago de $20.
Nivel 5 de costo compartido Medicamentos de especialidad	El 25 % del costo.	El 25 % del costo.	El 25 % del costo.
Nivel 6 de costo compartido Medicamentos selectos	Copago de $0.	Copago de $0.	Copago de $0.

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 de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes. En ciertas ocasiones, puede necesitarlo (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez y se sabe que este presenta efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes, no tendrá que pagar por un mes completo.

El monto que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes dependerá de si a usted le corresponde un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo).

- Si le corresponde un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Paga el mismo porcentaje, independientemente de si la receta es por un suministro para un mes completo o para menos días. No obstante, ya que el costo total del medicamento será menor si usted obtiene un suministro para menos de un mes, el *monto* que usted pagará será menor.

- Si le corresponde un copago para el medicamento, este se basará en la cantidad de días por la que recibe dicho medicamento. Calcularemos el monto que usted paga por día por el medicamento (la tasa de costo compartido diario) y la multiplicaremos por la cantidad de días por la que recibe dicho medicamento.

  - Por ejemplo: Supongamos que el copago por el suministro de un medicamento para un mes completo (30 días) es de $30. Esto significa que el monto que paga por día por su medicamento es de $1. Si usted recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, un total de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione bien en su caso antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro de un medicamento para menos de un mes, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de reposición de los diferentes medicamentos con receta, de modo de ahorrarse viajes a la farmacia. El monto que paga dependerá de la cantidad de días por la que recibe dicho suministro.

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

Puede obtener el suministro de algunos medicamentos a largo plazo (también denominado “suministro prolongado”) cuando adquiere su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo, consulte la sección 2.4 del capítulo 5).

En el siguiente cuadro, se muestra cuánto paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo (para 90 días).

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si el costo de su medicamento cubierto es menor que el monto del copago que se indica en el cuadro, pagará ese monto más bajo por su medicamento. Usted *debe pagar* el monto total del medicamento o el monto del copago, *el que sea menor.*

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un 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)	**Costo compartido del servicio de encargo por correo** (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $30.	Copago de $20.
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	Copago de $30.	Copago de $20.
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	Copago de $60.	Copago de $40.
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	Copago de $60.	Copago de $40.
Nivel 5 de costo compartido (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.
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos selectos)	Copago de $0.	Copago de $0.

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso anuales por medicamentos alcancen un monto de *$6,350*

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso totales alcancen un monto de $6,350. Medicare tiene reglas relacionadas con lo que se tiene y no se tiene en cuenta como sus costos de desembolso. (Consulte la sección 5.6 para obtener información sobre cómo calcula Medicare sus costos de desembolso). Cuando alcance un límite de desembolso de $6,350, saldrá de la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Con la Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que le enviamos podrá llevar un registro de lo que usted pagó y de lo que se pagó con el plan o a través de un tercero en su nombre por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $6,350 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto de $6,350. Si lo alcanza, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Sección 5.6 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso por los medicamentos con receta

Medicare tiene reglas relacionadas con lo que se tiene y no se tiene en cuenta como sus costos de desembolso. Cuando alcance un límite de desembolso de $6,350, saldrá de la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos el registro de sus costos de desembolso por medicamentos:

Estos pagos están incluidos en sus costos de desembolso

Cuando suma sus costos de desembolso, **puede incluir** 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 de este manual):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en la siguiente etapa de pago de medicamentos:
  - La etapa de cobertura inicial.
- Todo pago que haya hecho durante este año de beneficios 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 un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) 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 por el 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 o de marca.

Cómo pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de $6,350 de costos de desembolso dentro del año de beneficios, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de desembolso

Cuando sume sus costos de desembolso, usted **no está autorizado a incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos por medicamentos con receta:

- El monto que paga por su 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 cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos que realiza por los medicamentos con receta que normalmente no se encuentran cubiertos por un plan de medicamentos con receta 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 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. Llame a Servicio al Cliente para hacérnoslo saber (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

¿Cómo puede llevar un registro de los costos de desembolso totales?

- **Nosotros lo ayudaremos.** En el informe *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos, se incluye el monto actual de sus costos de desembolso (en la sección 3 de este capítulo se explica sobre este informe). Cuando alcance un total de $6,350 en costos de desembolso para el año, con este informe se le notificará que ha dejado la etapa de cobertura inicial y que ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** 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 6 Con el plan Sharp Direct Advantage, no se incluye la etapa de brecha de cobertura

Sección 6.1 No se incluye la etapa de brecha de cobertura para sus medicamentos de la Parte D

Con el plan Sharp Direct Advantage, no se incluye la etapa de brecha de cobertura. Una vez que sale de la etapa de cobertura inicial, pasa a la etapa de cobertura catastrófica. Consulte la sección 7 para obtener información sobre su cobertura en esta etapa.

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

Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en ella durante el resto del año

Usted reúne las condiciones para la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso hayan alcanzado el límite de $6,350 para el año de beneficios. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en ella hasta el final del año de beneficios.

Durante esta etapa, en el plan pagaremos la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que sea el monto *más alto*:
  - Un coseguro del 5 % del costo del medicamento.
  - Un copago de $3.60 por un medicamento genérico o un medicamento que sea tratado como tal, y un copago de $8.95 por todos los otros medicamentos.
- **En el plan pagaremos el resto** del costo.

SECCIÓN 8
Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga

Sección 8.1 En el plan podemos tener una cobertura aparte para las vacunas de la Parte D y para el costo de la aplicación

En el plan, ofrecemos cobertura para diversas vacunas de la Parte D. También cubrimos las vacunas que se consideran beneficios médicos. Consulte el cuadro de beneficios médicos en la sección 2.1 del capítulo 4 para obtener más información sobre su cobertura para estas vacunas.

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 vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **aplicación de la vacuna.** (Esto a veces se denomina "administración" de la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna cubierta por la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D dependerá de tres factores:

1. **El tipo de vacuna** (para qué se le administra dicha vacuna).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede encontrar más información sobre su cobertura para estas vacunas en 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.**
3. **Quién le aplica la vacuna.**

El monto que paga en el momento de obtener la vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando recibe la vacuna, tiene que pagar todo el costo, tanto el de la vacuna como el de su aplicación. Puede solicitar que, en el plan, le devolvamos la parte del costo que nos corresponde.
- Otras veces, cuando obtiene o le aplican la vacuna, pagará solo su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona, aquí le presentamos tres maneras comunes en las que puede

obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la hace aplicar en una farmacia de la red. (Esta opción estará disponible según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren las vacunas).

- Tendrá que pagar en la farmacia el monto de su copago de la vacuna y 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 le apliquen la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- 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 de este manual *("Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos").*
- 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 monto de su 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 de este manual.
- Recibirá un reembolso por el monto facturado por el médico por la administración de la vacuna.

Sección 8.2 Puede llamar a Servicio al Cliente antes de aplicarse una vacuna

Las reglas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que nos llame primero a Servicio al Cliente cuando planifique recibir una vacuna. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

- Podemos brindarle información sobre la cobertura de vacunación dentro del plan y sobre la parte que le corresponde pagar a usted.
- Podemos informarle cómo pagar menos mediante el uso de los proveedores y las farmacias de nuestra red.
- Si no puede visitar a un proveedor ni comprar en una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para que le paguemos nuestra parte del costo.

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

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 141

Sección 1.1 Si usted paga la parte que nos corresponde por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso del plan 141

SECCIÓN 2 Cómo solicitar en el plan que le realicemos un reembolso o le paguemos una factura que recibió 143

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos la solicitud de pago 143

SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no 144

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos pagarle 144

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 145

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 145

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos las copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de desembolso por medicamentos 145

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

Sección 1.1 Si usted paga la parte que nos corresponde por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso del plan

En algunas ocasiones, cuando reciba atención médica o adquiera un medicamento con receta, deberá pagar el costo total en el momento. Otras veces, puede considerar que pagó más de lo previsto de acuerdo con las reglas de cobertura del plan. En ambos 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 por nuestro plan.

También puede ocurrir que un proveedor le facture el costo total de la atención médica que recibió. En muchos casos, debe enviarnos esta 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.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede solicitar en el plan que le devolvamos el dinero o le paguemos la 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 emergencia de cualquier proveedor, sea el proveedor parte de nuestra red o no. Cuando recibe servicios de urgencia o de emergencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, le corresponde pagar únicamente su parte del costo, no el costo total. Debe solicitarle al proveedor que le facture al plan la parte del costo que nos corresponde.

   - Si paga el monto total usted mismo en el momento en el que recibe la atención, deberá solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado.
   - Es posible que alguna vez 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 con nuestro plan. 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. Para obtener más información sobre facturación de saldo, consulte la sección 1.3 del capítulo 4.
   - 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 en forma retroactiva.**

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

   Si usted se inscribió en nuestro plan en 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 para que podamos encargarnos del reembolso.

   Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso y sobre los plazos para hacerlo. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

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

   Si va a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de membrecía para adquirir medicamentos con receta, 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. (Solo cubrimos los medicamentos con receta que se adquieren en farmacias fuera de la red en situaciones especiales. Para obtener más información, consulte la sección 2.5 del capítulo 5).

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

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 la información de su 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 total de este.
   - 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, puede apelar nuestra decisión. En el capítulo 9 de este manual (“Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]”) encontrará 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

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos la solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con 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.

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

- No es obligatorio utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com) o llame a Servicio al Cliente para solicitarlo. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

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

Medicamentos con receta de Medicare Parte D:

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

Atención médica:

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

También puede llamar al plan para solicitarnos el pago. Para obtener detalles, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección llamada *"Dónde debe enviarnos una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido"*.

Debe presentarnos su reclamo dentro del plazo de *un año* a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento, en el caso de reclamos médicos, y dentro del plazo de tres años, en el caso de reclamos relacionados con medicamentos con receta.

Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene alguna duda (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). Si no sabe qué monto debería haber pagado o si recibió facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. Además, puede comunicarse con nosotros si quiere brindarnos más información sobre una solicitud de pago que nos haya enviado.

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 pagarle

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 para obtener la atención o el medicamento, 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. (En el capítulo 3, se explican las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos. En el capítulo 5, se explican las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de sus medicamentos con receta de la Parte D).

- 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. En ese caso, le enviaremos una carta para explicarle los motivos por los cuales no enviaremos el pago solicitado y sus derechos 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 no está de acuerdo con el monto que decidimos pagar, puede apelar. Si decide hacerlo, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de pago.

Si quiere obtener detalles sobre cómo apelar, consulte el capítulo 9 de este manual: *"Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)".* El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados dentro de plazos que deben cumplirse. Si no está familiarizado con la presentación de una apelación, le será de ayuda comenzar a leer la sección 4 del capítulo 9. Esta sección es introductoria; en ella, se explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y se brindan definiciones de términos, como "apelación". Después de leer la sección 4, puede continuar con la sección del capítulo 9. Allí, se brinda información sobre qué hacer en su situación:

- Si quiere presentar una apelación relacionada con el reintegro del pago por un servicio médico, consulte la sección 5.3 del capítulo 9.
- Si quiere presentar una apelación relacionada con el reintegro del pago por un medicamento, consulte la sección 6.5 del capítulo 9.

SECCIÓN 4
Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos las copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de desembolso por medicamentos

Existen algunas ocasiones en las que debe comunicarnos sus pagos por medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando el pago, sino que nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente sus costos de desembolso. Esto puede ayudarlo a reunir las condiciones para la etapa de cobertura catastrófica con mayor rapidez.

Esta es una situación en la que debería enviarnos las copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha efectuado por sus medicamentos:

- **Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia a pacientes ofrecido por el fabricante del medicamento.**

  Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia a pacientes ofrecido por el fabricante de un medicamento, que es independiente de los beneficios del plan. Si obtiene medicamentos a través de este tipo de programa, es posible que deba pagar un copago a dicho programa.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar sus gastos de desembolso y así pueda reunir las condiciones para la etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Dado que usted recibe su medicamento a través del programa de asistencia a pacientes, y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de estos costos de medicamentos. Sin embargo, al enviar una copia del recibo, nos permite calcular correctamente sus costos de desembolso. Esto puede ayudarlo a reunir las condiciones para la etapa de cobertura catastrófica con mayor rapidez.

Debido a que en la situación anterior usted no está solicitando un pago, esta no se considera una decisión de cobertura. Por consiguiente, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 8
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 En nuestro plan, debemos respetar sus derechos como miembro 149

Sección 1.1 Debemos brindar información en un formato que sea adecuado para usted (en español y en letra grande) 149

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in Spanish and in large print) 149

Sección 1.2 Debemos garantizar que tenga acceso a sus servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma 150

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud 150

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos 151

Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 152

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado 154

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que está recibiendo un trato injusto o que sus derechos no están siendo respetados? 154

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 155

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan..... 156

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 156

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

Sección 1.1 Debemos brindar información en un formato que sea adecuado para usted (en español y en letra grande)

Para que le brindemos información en el formato adecuado, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

En nuestro plan, contamos con personal y servicio gratuito de intérpretes para responder las preguntas de los miembros que presentan una discapacidad y que no hablan inglés. En el plan, también podemos brindarle material escrito en español. Además, podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos 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 (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) o comuníquese con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, al 1-800-368-1019 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o con su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestra parte en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para tramitar una reclamación ante Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. Se incluye la información de contacto en esta *Evidencia de cobertura* o en este correo. Para obtener información adicional, puede comunicarse con Servicio al Cliente.

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 language interpreter services available to answer questions from disabled non-English speaking members. Our plan can also provide written materials 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) or contact the Department of Health and Human Services' **Office for Civil Rights** at 1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697) or your local Office for Civil Rights.

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

Como miembro de nuestro plan, 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 (en el capítulo 3 encontrará más detalles sobre este tema). Llame a Servicio al Cliente para saber qué médicos aceptan a nuevos pacientes (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). También tiene derecho a ir a un especialista de salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

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

Si considera que no le están brindando la atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en la sección 10 del capítulo 9 de este manual se indica qué puede hacer. (Si rechazamos la cobertura de su atención médica o de sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, consulte la sección 4 del capítulo 9 para saber qué hacer).

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

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

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos brindó en el momento de inscribirse en este plan, así como sus registros médicos y otra información de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le brindan derechos relacionados con la obtención de 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.
- En la mayoría de los casos, si le brindamos 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.* Usted o cualquier persona a la que le haya otorgado un poder legal para tomar decisiones por usted puede proporcionar dicha autorización.
- 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.
    - Por ejemplo, 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 Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales.

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 (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

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. (Como se explicó anteriormente en la sección 1.1, tiene derecho a que le brindemos información en un formato adecuado para usted. Esto incluye obtener la información en un idioma que no sea español y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si quiere obtener alguna información de la que se menciona a continuación, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan; información sobre la cantidad de apelaciones que los miembros han presentado; las calificaciones de desempeño del plan, por ejemplo, la calificación que dieron los miembros del plan y la comparación respecto a otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a recibir información de nuestra parte sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para saber cuáles son los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte la *Lista de proveedores y farmacias.*
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) o ingrese a nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources.

- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al utilizarla.**
  - En los capítulos 3 y 4 de este manual, le explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, las restricciones de su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6 de este manual y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.* En estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se informa qué medicamentos están cubiertos y se explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para determinados medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).
- **Información sobre por qué un servicio o un medicamento no tienen cobertura y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tienen cobertura o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a recibir esta explicación, incluso si ha obtenido el servicio médico o el medicamento de un proveedor o de una farmacia fuera de la red.
  - Si no está conforme o está en desacuerdo con nuestra decisión sobre qué tipo de atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto en su caso, tiene derecho a solicitar que modifiquemos la decisión. Para hacerlo, debe presentar una apelación. Si quiere obtener más información sobre lo que debe hacer si algo no está cubierto de la manera en que usted desearía, consulte el capítulo 9 de este manual. Encontrará detalles sobre cómo presentar una apelación si quiere que cambiemos nuestra decisión. (En el capítulo 9, también se explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
  - Si quiere solicitar que, en el plan, le paguemos su parte de una factura que recibió por atención médica o un medicamento con receta de la Parte D, consulte el capítulo 7 de este manual.

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

También tiene derecho a recibir información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de atención de salud cuando obtenga dicha atención. 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.** Esto significa que tiene derecho a recibir toda la información relacionada con las opciones de tratamiento recomendables para su enfermedad, independientemente de su costo o de la cobertura que le brinda 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 médico propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Decir "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. 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.
- **Recibir una explicación si rechazan la cobertura para la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor ha rechazado la atención que usted cree que debe recibir. Para hacerlo, usted deberá solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. En el capítulo 9 de este manual, se explica cómo solicitar en el plan una decisión de cobertura.

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 escrito para otorgarle a **alguien autorización legal para tomar decisiones médicas en su nombre** en caso de que usted no pueda hacerlo por sí solo.
- **Entregar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que manejen su atención de salud 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.** Si quiere presentar una instrucción anticipada, puede solicitar un formulario 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. Asegúrese de guardar 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.**

- Si ha ingresado en un 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 lo establece la 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 siguió las indicaciones estipuladas en ella, 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 o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos, consulte qué hacer en el capítulo 9 de este manual. Encontrará los detalles sobre cómo tratar toda clase de problemas y quejas. El seguimiento que usted pueda hacer de un problema o una inquietud dependerá de la situación. Es probable que deba solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que modifiquemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Cualquiera sea la medida que tome, ya sea solicitar una decisión de cobertura, apelar o presentar una queja, **debemos tratarlo de forma justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros nos han presentado anteriormente. Para obtener esta información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que está recibiendo un trato injusto o que sus derechos no están siendo respetados?

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 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:

- **Llame a Servicio al Cliente** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).
- **Comuníquese con el Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) de California.** Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con ella, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- **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/TDD deben llamar al 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:

- **Llame a Servicio al Cliente** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).
- **Comuníquese con el Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) de California.** Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con ella, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- Comuníquese con **Medicare.**
  - Ingrese al sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación Sus Derechos y Protecciones en Medicare (Your Medicare Rights & Protections), disponible en https://www.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. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2
Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, le indicamos qué debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudarlo.

- **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, por ejemplo, qué está cubierto, qué no está cubierto, las reglas que deben seguirse y lo que debe pagar.
  - 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.** Llame a Servicio al Cliente para hacérnoslo saber (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).
  - Tenemos la obligación de seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que esté usando toda su cobertura conjunta cuando recibe los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina **"coordinación de beneficios",** ya que implica la coordinación de los beneficios médicos y de medicamentos que recibe de nuestro plan con cualquier otro beneficio médico y de medicamentos que esté a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Consulte la sección 7 del capítulo 1 para obtener más información sobre la coordinación de 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 ayudar a sus médicos y a otros proveedores de atención de salud a ofrecerle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesiten. 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. Sus médicos y otros proveedores de atención de salud deben explicarle todas las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, pregunte nuevamente.

- **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 pagar las primas del plan para seguir siendo miembro.
  - Para poder inscribirse en nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos miembros deben pagar la prima de Medicare Parte A. La mayoría de los miembros deben pagar la prima de Medicare Parte B para permanecer como miembros 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. Esto será el copago (un monto fijo) *o el* coseguro (un porcentaje del costo total). En el capítulo 4, se informa cuánto debe pagar por sus servicios médicos. En el capítulo 6, se informa cuánto debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D.
  - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no está cubierto con nuestro plan o con otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura para un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el capítulo 9 de este manual para saber cómo presentarla.
  - Si adeuda una multa por inscripción tardía, debe pagarla.
  - Si debe pagar un monto extra por la cobertura de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagárselo directamente al Gobierno para continuar siendo miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si planifica mudarse, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede continuar siendo miembro.** (En el capítulo 1, se describe nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a identificar si el lugar a donde se muda está fuera de nuestra área de servicio. Si es así, tendrá un período de inscripción especial para inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área de residencia. Podemos informarle si tenemos un plan en esa área.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, de todas maneras, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membrecía y saber cómo comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones se encuentran en el capítulo 2.
- **Llame a Servicio al Cliente para pedir ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** Apreciamos cualquier sugerencia que pueda aportarnos para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y los horarios de atención de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el capítulo 2.

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

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

INFORMACIÓN GENERAL 161

SECCIÓN 1 Introducción 161

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 161

Sección 1.2 ¿Qué significan los términos legales? 161

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros 162

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 162

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

Sección 3.1 ¿Debe seguir el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe seguir el proceso de presentación de quejas? 163

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 164

SECCIÓN 4 Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones 164

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: aspectos generales 164

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 165

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se brindan detalles para su situación? 166

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 166

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 166

Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar en el plan que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que quiere) 168

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que hayamos tomado en el plan) 171

Sección 5.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 174

Sección 5.5 ¿Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica? 176

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 178

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 un reembolso de este 178

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 180

Sección 6.3 Aspectos importantes para tener en cuenta cuando se solicitan excepciones 181

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 182

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura que hayamos tomado en el plan).....185

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 187

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada si cree que su médico le está dando el alta demasiado pronto..... 189

Sección 7.1 Durante su hospitalización, Medicare le enviará un aviso por escrito donde se enumeran sus derechos..... 190

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 191

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 193

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no presenta la apelación de nivel 1 dentro del plazo establecido?... 194

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que la cobertura finaliza demasiado pronto..... 197

Sección 8.1 ***En esta sección, se explican tres servicios solamente:*** atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria..... 197

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura 198

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitar que con el plan se cubra su atención durante más tiempo..... 198

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.....200

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no presenta la apelación de nivel 1 dentro del plazo establecido? 202

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y a niveles superiores..... 204

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicio médico 204

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D 206

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA 207

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes..... 207

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se resuelven mediante el proceso de quejas? 207

Sección 10.2 El nombre formal de “presentar una queja” es “tramitar una reclamación”..... 209

Sección 10.3 Paso a paso: cómo presentar una queja 210

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....211

Sección 10.5 También puede comunicarle su queja a Medicare 211

INFORMACIÓN GENERAL

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 tipos de problemas, debe seguir el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe seguir el **proceso de presentación de quejas.**

Ambos procesos tienen la aprobación de Medicare. Para garantizar una solución rápida y justa a sus problemas, cada proceso se compone de un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

¿Qué proceso debe seguir? Esto dependerá del tipo de problema que tenga. En la guía de la sección 3, encontrará información que lo ayudará a identificar el proceso correcto que se debe implementar.

Sección 1.2 ¿Qué significan los términos legales?

Existen términos legales técnicos 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 explican las reglas y los procedimientos legales con 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 para la situación en la que se encuentra. Conocer qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa en el momento de resolver su problema y le permitirá obtener ayuda o 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
Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces, iniciar o seguir un procedimiento para la resolución de un problema puede ser confuso, en especial, si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, tal vez no sepa cómo seguir adelante.

Solicite ayuda a una organización gubernamental independiente

Siempre estamos dispuestos a ayudarlo. En algunas situaciones, sin embargo, quizá también sea aconsejable obtener ayuda o asistencia de alguien que no esté relacionado con nosotros. Comuníquese en cualquier momento con el **Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) de California**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. 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 en la sección 3 del capítulo 2 de este manual.

También puede recibir ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y asesoramiento para la resolución de problemas, también puede comunicarse con Medicare. Aquí le presentamos dos maneras de obtener información directamente a través de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.
- Ingrese al sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov).

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

Sección 3.1 ¿Debe seguir el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe seguir el proceso de presentación de quejas?

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.

Para saber qué secciones de este capítulo pueden resultarle útiles si tiene una inquietud o un problema específicos, **COMIENCE AQUÍ**.

¿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 en particular, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con su pago).

Sí. Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura.

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

No. Mi problema no se relaciona con los beneficios ni con la cobertura.

Vaya 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

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se aplica en caso de problemas sobre beneficios, cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos problemas de 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

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 en relación con su caso.

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 están cubiertos con Medicare o han dejado de estarlo. 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, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

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 todas las reglas correctamente. Los revisores de su apelación no son las mismas personas que tomaron la decisión original desfavorable para usted. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una decisión de cobertura rápida o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos por completo o en parte su apelación de nivel 1, puede presentar una apelación de nivel 2. Una organización independiente no relacionada con nosotros revisará la apelación de nivel 2. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a una organización independiente para una apelación de nivel 2. En otras situaciones, usted deberá solicitar una apelación de nivel 2). Si no está conforme con la decisión sobre la apelación de nivel 2, puede continuar apelando a través de otros niveles de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Necesita ayuda? Estos son los recursos que puede usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicio al Cliente** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con el Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) de California. (Consulte la sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**
  - Si se trata de atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el nivel 1, la enviaremos automáticamente al nivel 2. Para presentar una apelación después del nivel 2, deberá designar a su médico como su representante.
  - 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 o nivel 2 en su nombre. Para presentar una apelación después del nivel 2, deberá designar a su médico o a otra persona autorizada para recetar como su representante.
- **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.
  - Es posible que ya haya alguien legalmente autorizado para actuar como su representante ante la ley estatal.
  - Si quiere que un amigo, un familiar, un médico, otro proveedor o cualquier otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) y solicite el formulario de designación de representante. (También puede encontrar el formulario en el sitio web de Medicare, http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/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.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** 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 o para apelar una decisión.

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

Existen cuatro tipos distintos de situaciones 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 (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el HICAP (en la sección 3 del capítulo 2 de este manual, puede encontrar los números de teléfono de este programa).

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

? ¿Ha leído la sección 4 de este capítulo: *"Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones"*? Si aún no lo ha hecho, es aconsejable leerla antes de comenzar esta sección.

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 manual: *"Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)".* Para simplificar la lectura, utilizaremos generalmente el término "cobertura de atención médica" o "atención médica" en lo que resta de esta sección, en lugar de repetir "atención, tratamiento o servicios médicos" constantemente. La expresión "atención médica" 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 por nuestro plan.
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 por el plan.
3. Ha recibido atención o servicios médicos que cree que deben estar cubiertos con el plan, pero nos negamos a pagar la atención.
4. Ha recibido y pagado atención o servicios médicos que cree que deben estar cubiertos con el plan, y quiere solicitar en el plan que le reembolsemos el pago de esta atención.
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.
   - 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 otra sección de este capítulo, ya que estos tipos de atención tienen reglas especiales. A continuación, se enumeran las secciones que debe leer para esas situaciones:
   - Sección 7 del capítulo 9: *"Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada si cree que su médico le está dando el alta demasiado pronto".*
   - Sección 8 del capítulo 9: *"Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que la cobertura finaliza demasiado pronto".* En esta sección, se explican tres servicios solamente: atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria.

- Para *todas las otras* situaciones en las que a usted se le informa que se interrumpirá la atención médica que ha estado recibiendo, utilice esta sección (sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si se encuentra en esta situación:	Puede hacer lo siguiente:
¿Quiere saber si cubriremos la atención o los servicios médicos que necesita?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **sección 5.2.**
¿Le hemos informado que no cubriremos o pagaremos un servicio médico de la forma en que usted quiere que lo cubramos o paguemos?	Puede **apelar**. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos nuestra decisión). Adelántese a la **sección 5.3** de este capítulo.
¿Quiere que le reembolsemos los costos de la atención o los servicios médicos que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Adelántese a la **sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar en el plan que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que quiere)

Términos legales
Cuando la decisión de cobertura está relacionada con su atención médica, se denomina **“determinación de organización”.**

Paso 1: Puede pedir en el plan que tomemos una decisión de cobertura relacionada con la atención médica que está solicitando. Si debido a su estado de salud necesita una respuesta rápida, deberá solicitarnos que tomemos una **decisión de cobertura rápida.**

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” también se denomina **“determinación acelerada”.**

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que quiere

- Primero, llámenos, notifíquenos por escrito o envíenos un fax para solicitarnos la autorización o cobertura de la atención médica que quiere. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya a la sección 1 del capítulo 2 y busque "Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su *atención médica".*

Por lo general, utilizamos los plazos estándares para comunicarle nuestra decisión

Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos los plazos estándares, a menos que hayamos acordado usar los plazos rápidos. **Una decisión de cobertura estándar 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 un medicamento con receta de Medicare Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo, para solicitudes de artículos o servicios médicos, disponemos de un máximo de 14 días calendario más** si solicita más tiempo o si necesitamos información (por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos utilizar esos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si solicita un medicamento 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 relacionada con nuestra decisión de utilizar dichos días. Cuando presente una queja rápida, la responderemos dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo).

Si su salud así lo requiere, puede solicitarnos una decisión de cobertura rápida

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas si solicita artículos o servicios médicos. Si solicita un medicamento con receta de Medicare Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.**
  - **Sin embargo, para las solicitudes de artículos o servicios médicos, disponemos de un máximo de 14 días calendario más** si notamos que falta información que puede beneficiarlo (por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red) o si precisa tiempo para obtener información que nosotros necesitamos para la revisión. Si decidimos utilizar esos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si solicita un medicamento 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 relacionada con nuestra decisión de utilizar dichos días. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos apenas tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si solicita cobertura de atención médica *que aún no ha recibido.* (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita el pago de atención médica que ya recibió).

  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si el uso de los plazos estándares puede *causar daños graves a su salud o afectar la capacidad de funcionamiento de sus órganos vitales.*

- **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 decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para comunicárselo (y, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares).
  - En esta carta, se le informará que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, se la brindaremos automáticamente.
  - En la carta, también se le indicará cómo puede presentar una queja rápida si tomamos una decisión de cobertura estándar, en lugar de la rápida que usted solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideraremos su solicitud de cobertura de atención médica y le daremos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, para las decisiones de cobertura rápidas de artículos o servicios médicos, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**. Si solicita un medicamento con receta de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de las 24 horas**.
  - Como se explica anteriormente, en ciertas circunstancias, disponemos de un máximo de 14 días calendario más. Si decidimos utilizar esos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. Si solicita un medicamento 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 relacionada con nuestra decisión de utilizar dichos días. Cuando presente una queja rápida, la responderemos dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un período extendido, al cumplirse ese tiempo), o dentro de las 24 horas si solicita un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho a apelar. En la sección 5.3, se explica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa,** debemos autorizar o brindar la cobertura de atención médica que acordamos dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud. Si utilizamos días adicionales para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o le brindaremos la cobertura al finalizar ese período extendido.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente negativa,** le enviaremos un informe detallado por escrito que explique la razón de nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar

- Por lo general, para las decisiones de cobertura estándares de artículos o servicios médicos, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud**. Si solicita un medicamento con receta de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud.
  - En ciertas circunstancias, para solicitar un artículo o servicio médico, disponemos de un máximo de 14 días calendario más (período extendido). Si decidimos utilizar esos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. Si solicita un medicamento 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 relacionada con nuestra decisión de utilizar dichos días. Cuando presente una queja rápida, la responderemos dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta dentro de los 14 días calendario (o si hay un período extendido, al cumplirse ese tiempo), o dentro de las 72 horas si solicita un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho a apelar. En la sección 5.3, se explica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos dentro de los 14 días calendario, o dentro de las 72 horas si solicita un medicamento con receta de la Parte B, de haber recibido su solicitud. Si utilizamos días adicionales para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o le brindaremos la cobertura al finalizar ese período extendido.
- **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 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que reconsideremos (y quizá cambiemos) esta decisión. Para lograr esto, debe presentar una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento de obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide presentar una apelación, significa que su apelación ingresa al nivel 1 del proceso de apelaciones. (Consulte la sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que hayamos tomado en el plan)

Términos legales
Una apelación al plan respecto de una decisión de cobertura de atención médica se denomina **“reconsideración”** del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente la apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

Qué debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cuestiones relacionadas con su apelación, vaya a la sección 1 del capítulo 2 y busque *"Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica".*
- **Si pide una apelación estándar, preséntela por escrito mediante una solicitud.** Para solicitar una apelación, también puede llamar al número de teléfono que se indica en la sección 1 del capítulo 2 *"Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica".*
  - Si otra persona, que no sea su médico, apela nuestra decisión en su nombre, usted debe presentar el formulario de designación de representante mediante el cual autoriza a dicha persona a actuar en su nombre. Para obtener el formulario, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) y solicítelo. También puede encontrarlo en el sitio web de Medicare, http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com. 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.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que figura en la sección 1 del capítulo 2 *(busque "Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica").*
- **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 a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no la presenta dentro de este plazo y nos da un motivo justificado, le podemos dar más tiempo para apelar. Un ejemplo de un motivo que justifique el incumplimiento del plazo 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 y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si así lo quiere, usted y su médico pueden entregarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada"**.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida (puede hacerlo por teléfono)

- 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.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones necesarias para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se especificaron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, se la brindaremos.

Paso 2: 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 de atención médica. Verificamos si seguimos todas las reglas al rechazar su solicitud.
- Recopilaremos más información de ser necesario. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para tal fin.

Plazos para una apelación rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Se la daremos antes si su salud así lo requiere.
  - Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **disponemos de un máximo de 14 días calendario más** cuando su solicitud es de artículos o servicios médicos. Si decidimos utilizar esos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si solicita un medicamento con receta de Medicare Parte B, no podemos extender el plazo para tomar una decisión.
  - 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 independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente negativa,** enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Plazos para una apelación estándar

- Si usamos plazos estándares, debemos darle una respuesta a su solicitud de artículos o servicios médicos **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación, si esta está relacionada con la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si solicita un medicamento con receta de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación, si esta está relacionada con la cobertura de un medicamento con receta de la Parte B que aún no ha recibido. Se la daremos antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **disponemos de un máximo de 14 días calendario más** cuando su solicitud es de artículos o servicios médicos. Si decidimos utilizar esos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si solicita un medicamento 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 relacionada con nuestra decisión de utilizar dichos días. Cuando presente una queja rápida, la responderemos dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta dentro de los plazos que corresponden mencionados anteriormente (o al finalizar el período extendido, si es que utilizamos los días adicionales para su solicitud de artículos o servicios médicos), estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada a través de una organización independiente externa. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en 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 los 30 días calendario, o **los 7 días calendario** si solicita un medicamento con receta de Medicare Parte B, de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente negativa,** enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Paso 3: Si, en el plan, la respuesta a su apelación es parcial o totalmente negativa, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las reglas al rechazar su apelación, **debemos enviarle su apelación a la organización de revisión independiente.** Esto significa que su apelación será enviada al siguiente nivel del proceso de apelaciones, es decir, el nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, en la **organización de revisión independiente,** se revisa nuestra decisión de su primera apelación. En esta organización, se decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

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

Paso 1: En la organización de revisión independiente, se revisa su apelación.

- **La organización de revisión independiente es una institución externa contratada a través de Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no 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.
- 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

- Si presentó una apelación rápida ante nuestro plan en el nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. 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, en la organización de revisión independiente, se necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **se dispone de un máximo de 14 días calendario más**. Si solicita un medicamento con receta de Medicare Parte B, en la organización de revisión independiente, no se 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

- Si presentó una apelación estándar ante nuestro plan en el nivel 1, tendrá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2. Si solicitó artículos o servicios médicos, en la organización de revisión, se 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, en la organización de revisión, se 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, en la organización de revisión independiente, se necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **se dispone de un máximo de 14 días calendario más**. Si solicita un medicamento con receta de Medicare Parte B, en la organización de revisión independiente, no se puede extender el plazo para tomar una decisión.

Paso 2: En la organización de revisión independiente, se 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, en la organización de revisión, la respuesta a su solicitud de artículos o servicios médicos es parcial o totalmente afirmativa,** 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, en el caso de las solicitudes estándares; o dentro de las 72 horas a partir de la fecha en la que recibimos la decisión, en el caso de las solicitudes aceleradas.

- **Si, en la organización de revisión, la respuesta a su solicitud de medicamentos con receta de Medicare Parte B es parcial o totalmente afirmativa,** debemos autorizar o brindar el medicamento que se reclama dentro de las **72 horas** de haber recibido la decisión tomada en la organización, en el caso de las **solicitudes estándares**; o dentro de las **24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión, en el caso de las **solicitudes aceleradas.**
- **Si, en la organización, se rechaza parcial o totalmente su apelación,** significa que están 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". También se llama "denegación de apelación").
  - Si, en la organización de revisión independiente, se confirma la decisión, usted tiene derecho a presentar una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que usted solicita deberá alcanzar un monto mínimo. Si el costo de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación; esto significa que la decisión del nivel 2 es inapelable. En el aviso por escrito que reciba de parte de la organización de revisión independiente, se le informará cómo conocer el monto mínimo en dólares que se requiere para poder continuar con el proceso de apelaciones.

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 se rechaza su apelación de nivel 2, y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso, debe decidir si quiere avanzar al nivel 3 y presentar una tercera 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 brinda más información sobre 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?

Si quiere solicitarnos el pago de atención médica, lo primero que debe hacer es leer el capítulo 7 de este manual: *"Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos".* En este capítulo, se describen las situaciones en las que es posible que necesite 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 obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el capítulo 4: *"Cuadro de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que paga usted]")*. También verificaremos si usted siguió todas las reglas para utilizar su cobertura de atención de salud (estas reglas se describen en el capítulo 3 de este manual: *"Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos").*

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta, y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de los 60 días calendario de haber recibido su solicitud. Si usted no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Enviar el pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos los servicios y le explicaremos detalladamente los motivos. (Denegar su solicitud de pago equivale a *rechazar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si usted solicita un pago y nosotros respondemos que no lo pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar el pago, **puede apelar.** 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 dicha sección, encontrará instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por reembolso, debemos enviarle una respuesta dentro de los 60 días calendario de haber recibido su solicitud. (Si nos solicita el reembolso de atención médica que ya recibió y pagó, no está autorizado a solicitar una apelación rápida).
- Si, en la organización de revisión independiente, se revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó 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

¿Ha leído la sección 4 de este capítulo: *"Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones"*? Si aún no lo ha hecho, es aconsejable leerla antes de comenzar esta sección.

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 un reembolso de este

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Para que un medicamento tenga cobertura, debe tomarlo según una indicación médicamente aceptada. (La expresión "indicación médicamente aceptada" se refiere al uso de un medicamento que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos [FDA] o respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 3 del capítulo 5).

- **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".
- Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario),* las reglas y las restricciones de cobertura y la información sobre costos, consulte el capítulo 5 *("Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D")* y el capítulo 6 *("Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D").*

Decisiones de cobertura de la Parte D y apelaciones

Como ya hemos comentado en la sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

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

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, por ejemplo:
  - Solicitarnos la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.*
  - Solicitarnos que no apliquemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede adquirir).
  - Solicitarnos pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto que se encuentra en un nivel de costo compartido más alto.
- Nos consulta si un medicamento está cubierto y si usted cumple con las reglas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos [Formulario] del plan,* pero requerimos que usted obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si en su farmacia le informan que no puede adquirir su medicamento tal como se indica en la receta, recibirá una notificación por escrito en la que se explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura.
- Nos solicita el reembolso de un medicamento con receta que ya compró. Se trata de una decisión de cobertura relacionada con el pago.

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. Utilice el siguiente cuadro para saber qué sección contiene información sobre su situación.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento cubierto?	**¿Quiere que cubramos un medicamento que figura en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener autorización previa) para el medicamento que necesita?**	**¿Quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?**	**¿Le hemos informado que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma en que usted quiere que lo cubramos o paguemos?**
Puede solicitarnos una excepción. (Esta es un tipo de decisión de cobertura). Comience por la **sección 6.2** de este capítulo.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Adelántese a la **sección 6.4** de este capítulo.	Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Adelántese a la **sección 6.4** de este capítulo.	Puede apelar. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos nuestra decisión). Adelántese a la **sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede solicitarnos una excepción. Esta es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted solicita una excepción, su médico u otra persona autorizada para recetar deberá explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe esta excepción. Entonces consideraremos su solicitud. A continuación, encontrará tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada para recetar pueden solicitar:

1. **Cómo solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).*** (La llamamos Lista de medicamentos para abreviar).

Términos legales
La solicitud de la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento se denomina a veces **“excepción al Formulario”.**

   - Si decidimos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponda a todos los medicamentos del nivel 4. No puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

2. **Cómo eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Existen otras reglas o restricciones que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario*) (para obtener más información, consulte la sección 4 del capítulo 5).

Términos legales
La solicitud de cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina a veces **“excepción al Formulario”.**

- Entre las reglas y restricciones adicionales a la cobertura de ciertos medicamentos se incluyen las siguientes:
  - *Requerir el uso de una versión genérica de un medicamento,* en lugar de un medicamento de marca.
  - *Obtener la aprobación del plan* antes de que aceptemos cubrir el medicamento. *(Esto se llama a veces “autorización previa”).*
  - Solicitarle que pruebe un medicamento distinto primero antes de que accedamos a cubrir el medicamento que solicita. (Esto se llama a veces “terapia escalonada”).
  - *Aplicar límites de cantidad.* Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad que puede obtener.
- Si decidimos hacer una excepción y eliminar la restricción en su caso en particular, puede solicitar una excepción al monto de copago o de coseguro que debe pagar por el medicamento.

3. Cómo modificar 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 más bajo es el nivel de costo compartido, menor es la parte que usted paga por el medicamento.

Términos legales
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 nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto disminuirá su parte del costo del medicamento.
  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de producto biológico para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas 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 llaman "medicamentos alternativos". Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el que usted está solicitando y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, por lo general, *no* aprobamos 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.

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 de excepción, puede solicitar que revisemos nuestra decisión mediante una apelación. En la sección 6.5, se describe cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

En la sección siguiente, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura con respecto a un medicamento o pago que necesita. Si debido a su estado de salud necesita una respuesta rápida, deberá solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura rápida. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si reclama el reembolso de un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que quiere.** Primero, llámenos, notifíquenos por escrito o envíenos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada para recetar) pueden hacerlo. También puede tener acceso al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque *"Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D".* Si nos solicita un reembolso de un medicamento, consulte la sección *"Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido".*
- **Usted, su médico u otra persona que esté actuando en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. En la sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito para que otra persona lo represente. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el pago de un medicamento,** lo primero que debe hacer es leer el capítulo 7 de este manual: *"Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos".* En este capítulo, se describen las situaciones en las que puede necesitar solicitar un reembolso. Además, se describe cómo enviarnos la documentación para solicitar que le devolvamos el dinero por nuestra parte del costo compartido de un medicamento que ya pagó.
- **Si solicita una excepción, envíe la declaración con justificación.** Su médico u otra persona autorizada para recetar deben comunicarnos las razones médicas para la excepción del medicamento que está solicitando. (A esto lo llamamos "declaración con justificación"). 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. Consulte las secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes presentadas por escrito,** incluidas las enviadas a través del formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medi-Cal (CMS). Dicho formulario se encuentra disponible en nuestro sitio web.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” también se denomina **“determinación de cobertura acelerada”**.

Si su salud así lo requiere, puede solicitarnos una decisión de cobertura rápida

- Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos los plazos estándares, a menos que hayamos acordado usar los plazos rápidos. Una decisión de cobertura estándar implica que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si solicita cobertura para un *medicamento que aún no ha adquirido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si reclama el reembolso de un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si el uso de los plazos estándares puede *causar daños graves a su salud o afectar la capacidad de funcionamiento de sus órganos vitales.*
- **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 otra persona autorizada para recetar), decidiremos si su estado de salud requiere que le brindemos una decisión de tales características.
  - Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para comunicárselo (y, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares).
  - En esta carta, se le informará que, si su médico u otra persona autorizada para recetar solicitan una decisión de cobertura rápida, se la brindaremos automáticamente.
  - En la carta, también se le indicará cómo puede presentar una queja si tomamos una decisión de cobertura estándar, en lugar de la rápida que usted solicitó. Allí se le informará cómo presentar una queja rápida, lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas de haberla recibido. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, consulte la sección 10 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 24 horas.**
  - En general, esto significa dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. Si usted 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 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 independiente externa. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelación.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa,** debemos brindarle la cobertura que acordamos dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente negativa,** le enviaremos un informe por escrito en el que se explicará la razón de nuestra decisión. También le informaremos cómo puede apelar.

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

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas.**
  - En general, esto significa dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud. Si usted 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 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 independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelación.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindarle la cobertura** que acordamos **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalde 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 independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelación.
- **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 3: Si rechazamos la solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a apelar. La solicitud de apelación implica un pedido de reconsideración, y posiblemente de cambio, de la decisión que hemos tomado.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura que hayamos tomado en el plan)

Términos legales
Una apelación al plan respecto de una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina **"redeterminación"** del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente la apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida.**

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada para recetar) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, por fax, por correo o mediante nuestro sitio web, por cualquier razón relacionada con su apelación, consulte *"Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D" en la sección 1 del capítulo 2.*
- **Si pide una apelación estándar, presente su apelación por escrito mediante una solicitud.** También puede hacerlo llamándonos al número de teléfono que figura en la sección 1 del capítulo 2 *("Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D").*
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llamarnos al número de teléfono que figura en la sección 1 del capítulo 2** *("Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D")***.**
- **Debemos aceptar todas las solicitudes presentadas por escrito,** incluidas las enviadas a través del formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medi-Cal (CMS). Dicho formulario se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- **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 a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no la presenta dentro de este plazo y nos da un motivo justificado, le podemos dar más tiempo para apelar. Un ejemplo de un motivo que justifique el incumplimiento del plazo 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.**
  - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si quiere, usted y su médico u otra persona autorizada para recetar pueden entregarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina **“redeterminación acelerada”.**

Si su salud 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: 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

- Si usamos plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Se la daremos antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que se revise a través de una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en 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

- Si usamos plazos estándares, debemos darle una respuesta **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación para un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere. Si cree que su estado de salud requiere una apelación rápida, debe solicitarla.
  - 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. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que acordamos tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero **antes de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.

  - Si aprobamos una solicitud de reembolso del dinero por un medicamento que ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su solicitud de 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.
- Si solicita que le devolvamos el dinero 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 independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelación.
- **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 3: Si rechazamos la apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decidirá si acepta esta decisión o si continúa con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decidirá si acepta esta decisión o si continúa con otra apelación. Si decide elevar la apelación al nivel 2, en la **organización de revisión independiente,** se revisará la decisión que tomamos de rechazar su primera apelación. En esta organización, se decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

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

Paso 1: Para presentar una apelación de nivel 2, 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, la notificación por escrito que enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante 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.
- Si presenta una apelación ante la organización de revisión independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: En la organización de revisión independiente, se realiza una revisión de la apelación y se le brinda una respuesta.

- **La organización de revisión independiente es una institución externa contratada a través de Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida a través de Medicare para que se revisen nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que usted tiene con nosotros.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. A través de la organización, se le comunicará la decisión por escrito y se le explicarán las razones.

Plazos estipulados para una apelación rápida de nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida ante la organización de revisión independiente.
- Si, en la organización de revisión, se decide que le brindarán 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.
- **Si, en la organización de revisión independiente, la respuesta a lo que solicitó es parcial o totalmente afirmativa,** debemos brindarle la cobertura de medicamentos aprobada a través de esta organización **dentro de las 24 horas** de haber sido notificados de la decisión.

Plazos estipulados para una apelación estándar de nivel 2

- Si presentó una apelación estándar en el nivel 2, en la organización de revisión, se le debe otorgar 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, en la organización de revisión, se le debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si, en la organización de revisión independiente, la respuesta a lo que solicitó es parcial o totalmente afirmativa:**
  - Si, en la organización de revisión independiente, se aprueba su solicitud de cobertura, debemos **brindarle la cobertura de medicamentos** aprobada a través de esta organización **dentro de las 72 horas** de haber sido informados de su decisión.

- Si, en la organización de revisión independiente, se aprueba una 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, en la organización de revisión, se rechaza su apelación?

Si, en esta organización, se rechaza su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina "confirmación de decisión". También se llama "denegación de apelación").

Si, en la organización de revisión independiente, se confirma la decisión, usted tiene derecho a presentar una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita deberá alcanzar 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. En el aviso que reciba de parte de la organización de revisión independiente, se le informará el valor en dólares mínimo en controversia que se requiere para poder continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita 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 se rechaza su apelación de nivel 2, y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso, debe decidir si quiere avanzar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide realizar una tercera apelación, encontrará información detallada al respecto en el aviso por escrito que recibirá después de su segunda apelación.
- 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. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para la atención en hospital, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el capítulo 4 de este manual: *"Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)".*

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. Aquí le explicamos cómo hacerlo.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, Medicare le enviará un aviso por escrito donde se enumeran sus derechos

Durante su estadía cubierta en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos (An Important Message from Medicare about Your Rights).* Todas las personas que estén cubiertas a través de Medicare recibirán una copia de este aviso cada vez que sean admitidas en un hospital. Una persona que trabaje en el hospital (como un trabajador social o un enfermero) le entregará este aviso dentro de los dos días de haber sido admitido. Si no lo recibe, solicíteselo a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). 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.

1. **Lea este aviso detenidamente y si no entiende, no dude en preguntar.** En este aviso, se enumeran sus derechos como paciente del hospital, por ejemplo:

- 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 y a saber quién la pagará.
- 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 apelar una decisión de alta, si cree que le están dando el alta demasiado pronto.

Términos legales
En el aviso por escrito de Medicare, se le informa cómo puede **solicitar una revisión inmediata.** Solicitar este tipo de revisión 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. (En la sección 7.2, se explica cómo hacerlo).

2. **Debe firmar el aviso por escrito para dar fe de que lo recibió y de que entendió sus derechos.**

- Usted o alguna persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (En la sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito para que otra persona lo represente).

- Firmar el aviso *solamente* da fe de que usted recibió la información relacionada con sus derechos. En este aviso no consta su fecha de alta (su médico o el personal del hospital se la informarán). Firmar el aviso **no *significa* que** usted acuerda una fecha de alta.

3. **Guarde su copia** del aviso firmado, 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 en la que abandona el hospital, 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 (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la copia en línea en http://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.** Todos los pasos de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones se explican a continuación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos que se aplican a los pasos que debe seguir.
- **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). También puede comunicarse con el Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) de California, una organización gubernamental que ofrece ayuda especializada (consulte la sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), se revisa su apelación.
Se verifica que su fecha de alta programada sea médicamente adecuada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la QIO de su estado y solicite una revisión rápida de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la QIO?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados a través del Gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. A través de Medicare, se le paga a esta organización 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.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió, *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos,* se le informa cómo comunicarse con esta organización. (También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la QIO de su estado en la sección 4 del capítulo 2 de este manual).

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, usted debe comunicarse con la QIO *antes* de abandonar el hospital y esta fecha **no debe ser posterior a su fecha de alta programada.** (Su fecha de alta programada es la fecha que ha sido establecida para que usted abandone el hospital).
  - Si usted cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital después de su fecha de alta *sin costo* mientras espera que la QIO tome una decisión respecto de su apelación.
  - 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 pone en contacto con la QIO dentro del plazo establecido para su apelación, puede presentarla ante nuestro plan directamente. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la sección 7.4.

Solicite una revisión rápida:

- Debe solicitar en la QIO una **revisión rápida** de su alta. Solicitar una revisión rápida significa solicitar en la organización que se utilicen los plazos rápidos para la apelación en lugar de utilizar los plazos estándares.

Términos legales
Una **“revisión rápida”** también se denomina **“revisión inmediata”** o **“revisión acelerada”.**

Paso 2: En la QIO, se lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud que trabajan en la QIO (los llamaremos “los revisores” para abreviar) 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 informaron en el plan de su apelación, usted también recibirá un aviso detallado por escrito donde 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.

Términos legales
Esta explicación por escrito se llama **Aviso detallado de alta.** Para obtener una muestra de este aviso, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver una muestra del aviso en línea, en http://www.cms.hhs.gov/BNI.

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de tener en su poder toda la información necesaria, la QIO le otorgará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si, en la organización de revisión, la respuesta a su apelación es afirmativa, **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. (Consulte el capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si, en la organización de revisión, la respuesta a su apelación es *negativa*, 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 QIO le otorga la respuesta a su apelación.
- Si, en la organización de revisión, se *rechaza* su apelación, y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención en hospital que reciba después del mediodía del día posterior a la fecha en la que la QIO le otorga la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si, en la QIO, se 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

Si, en la QIO, se rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted solicita en la QIO que se revise una vez más la decisión que se tomó previamente respecto de su primera apelación. Si, en la QIO, se rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

A continuación, se enumeran los pasos para el nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la QIO para solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la QIO *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de transcurrida la fecha en la que su cobertura de atención finalizó.

Paso 2: En la QIO, se lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores que trabajan en la QIO 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 segunda revisión, los revisores de la QIO tomarán una decisión respecto de su apelación y se la informarán.

Si, en la organización de revisión, la respuesta es afirmativa:

- **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 QIO. **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, en la organización de revisión, la respuesta es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron previamente respecto a su apelación de nivel 1 y no la modificarán. 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. Allí encontrará detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si quiere continuar con la apelación 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, en la organización de revisión, se rechaza su apelación de nivel 2, usted puede elegir si quiere aceptar esa decisión o avanzar al nivel 3 y presentar otra apelación. 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 7.4 ¿Qué sucede si no presenta la apelación de nivel 1 dentro del plazo establecido?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la sección 7.2, usted debe actuar con rapidez para comunicarse con la QIO y empezar su primera apelación relacionada con su alta del hospital (“con rapidez” significa antes de que deje el hospital y no, después de la fecha de alta programada). Si no se pone en contacto 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

Si no se pone en contacto con la QIO dentro del plazo establecido, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una revisión rápida. Esta es una apelación que utiliza plazos rápidos en lugar de plazos estándares.

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada".**

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

- Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya a la sección 1 del capítulo 2 y busque *"Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica".*
- **Asegúrese de solicitar una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le otorguemos una respuesta utilizando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de su fecha de alta programada y verificamos si es 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 apropiada. También controlamos si la decisión relacionada con la fecha en la que debería abandonar el hospital fue justa y si se siguieron las reglas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para otorgarle una respuesta a esta revisión.

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

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta y 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 su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** significa que su fecha de alta programada fue médicamente apropiada. La cobertura que brindamos para servicios de hospitalización finaliza a partir del día en que decidimos que la cobertura finalizaría.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención que recibió en el hospital después de dicha fecha.

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

- Para asegurarnos de haber seguido todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la organización de revisión independiente.** Esto significa que usted avanza *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, en la **organización de revisión independiente,** se revisa la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de apelación rápida. En esta organización, se decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"entidad de revisión independiente".** En ocasiones, se abrevia **"IRE".**

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 cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es distinto del proceso de apelaciones. En la sección 10 de este capítulo, se explica cómo presentar una queja).

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

- **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. Es una compañía elegida a través de Medicare para desempeñar la función de organización de revisión independiente. En Medicare, se supervisa su trabajo.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si, en esta organización, se le da una respuesta *afirmativa* a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos de la atención que recibió en el hospital 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, en esta organización, se le da una respuesta *negativa* a su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta del hospital programada fue médicamente adecuada.
    - 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 el proceso de revisión. Allí encontrará detalles sobre cómo continuar con la apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si, en la organización de revisión independiente, se 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 y presentar una tercera apelación.
- 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, se explican tres servicios solamente:* atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria

En esta sección, *solamente* se describen los siguientes tipos de atención:

- **Los servicios de atención de salud en el hogar** que esté recibiendo.
- **La atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Si quiere conocer los requisitos para que a un centro se lo considere centro de enfermería especializada, consulte el capítulo 12: *"Definiciones de palabras importantes"*).
- **La atención de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un centro integral de rehabilitación ambulatoria aprobado a través de Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una cirugía importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centros, consulte el capítulo 12: *"Definiciones de palabras importantes"*).

Si recibe alguno de estos tres tipos de atención, 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. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, por ejemplo, su parte del costo y las limitaciones de la cobertura que se pueden aplicar, consulte el capítulo 4 de este manual: *"Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)".*

Cuando decidimos que es tiempo de finalizar la cobertura de alguno de estos tres tipos de atención, estamos obligados a informárselo por anticipado. Cuando finalice la cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo para la atención que usted recibe.*

Si cree que estamos finalizando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección, se describe cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1. **Usted recibirá un aviso por escrito.** Como mínimo dos días antes de que en nuestro plan se interrumpa la cobertura, recibirá un aviso.
   - En el aviso por escrito, se le informará la fecha en la que interrumpiremos la cobertura de su atención.
   - En el aviso, también se le informará qué puede hacer si quiere solicitar en el plan que cambiemos esta decisión de finalizar su atención y que sigamos brindando cobertura durante más tiempo.

Términos legales
Al indicarle qué puede hacer, en el aviso por escrito, se le está informando 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. (En la sección 7.3, se explica cómo presentar una apelación por vía rápida). El aviso por escrito se denomina **Aviso de no cobertura de Medicare.** Para obtener una copia de ejemplo, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar una copia en línea, en http://www.cms.hhs.gov/BNI.

2. **Debe firmar el aviso por escrito para dar fe de que lo recibió.**
   - Usted o alguna persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (En la sección 4, se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito para que otra persona lo represente).
   - Firmar el aviso *solamente* 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 el plan en que es momento de dejar de recibir la cobertura.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitar que con el plan se cubra su atención durante más tiempo

Si quiere que cubramos su atención por 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.** Todos los pasos de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones se explican a continuación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos que se aplican a los pasos que debe seguir. También existen plazos que en el plan debemos cumplir. (Si cree que no los estamos cumpliendo, puede presentar una queja. En la sección 10 de este capítulo, se explica cómo presentar una queja).
- **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). También puede comunicarse con el Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) de California, una organización gubernamental que ofrece ayuda especializada (consulte la sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de nivel 1 a tiempo, en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), se revisa su apelación y se decide si la decisión que se tomó en el plan se debe cambiar.

Paso 1: Presente una apelación de nivel 1. Para ello, comuníquese con la QIO de su estado y solicite una revisión de su caso. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la QIO?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en atención de salud pagados a través del Gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención que reciben las personas cubiertas con Medicare y revisan las decisiones del plan respecto a cuándo es momento de finalizar ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió, se le informa cómo comunicarse con esta organización. (También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la QIO de su estado en la sección 4 del capítulo 2 de este manual).

¿Qué debería solicitar?

- Solicite en esta organización que se realice una apelación por vía rápida (una revisión independiente) sobre si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización:

- Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la QIO *antes del mediodía siguiente a la fecha en que recibe el aviso por escrito donde se le informa cuándo finalizaríamos su cobertura.*
- Si no se pone en contacto con la QIO dentro del plazo establecido para su apelación, puede presentarla ante nosotros directamente. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la sección 8.5.

Paso 2: En la QIO, se lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud que trabajan en la QIO (los llamaremos “los revisores” para abreviar) 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.

- En la organización de revisión, también investigarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que en el plan le hayamos suministrado.
- Al finalizar el día en que los revisores nos informen de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito enviado por nosotros donde se explican detalladamente las razones para solicitar la finalización de la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación por escrito se llama **Aviso detallado de no cobertura.**

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 la respuesta de los revisores a su apelación es afirmativa?

- Si la respuesta a su apelación otorgada por los revisores es afirmativa, **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). Además, pueden existir limitaciones para los servicios cubiertos (consulte el capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si la respuesta a su apelación otorgada por los revisores es *negativa*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos informado.** Dejaremos de pagar nuestra parte del costo para esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- 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 la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- La primera apelación que usted presenta es el nivel 1 del proceso de apelaciones. 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 otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que su apelación pasa al nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Si, en la QIO, se rechazó su apelación, y usted decide continuar recibiendo atención después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted solicita en la QIO que se revise una vez más la decisión que se tomó previamente respecto de su primera apelación. Si, en la QIO, se rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la atención de salud en el hogar, la atención

recibida en un centro de enfermería especializada o los servicios recibidos en un centro integral de rehabilitación ambulatoria *después* de la fecha en la que indicamos que terminaría su cobertura.

A continuación, se enumeran los pasos para el nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la QIO para solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha en que la QIO *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: En la QIO, se lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores que trabajan en la QIO examinarán cuidadosamente, una vez más, toda la información relacionada con su apelación.

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

¿Qué sucede si la respuesta otorgada a través de la organización de revisión es afirmativa?

- **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 respuesta otorgada a través de la organización de revisión es negativa?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos previamente respecto de su apelación de nivel 1 y no la modificarán.
- 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 respuesta es negativa, usted deberá decidir si quiere continuar con la apelación.

- Existen tres niveles más en el proceso de apelaciones después del nivel 2, lo que hace un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted puede elegir si quiere aceptar esa decisión o avanzar al nivel 3 y presentar otra apelación. 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 8.5 ¿Qué sucede si no presenta la apelación de nivel 1 dentro del plazo establecido?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la sección 8.3, usted debe actuar con rapidez para comunicarse con la QIO y empezar su primera apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si no se pone en contacto 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

Si no se pone en contacto con la QIO dentro del plazo establecido, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una revisión rápida. Esta es una apelación que utiliza plazos rápidos en lugar de plazos estándares.

A continuación, se enumeran los pasos para una apelación alternativa de nivel 1:

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina **“apelación acelerada”.**

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

- Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya a la sección 1 del capítulo 2 y busque *“Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica”.*
- **Asegúrese de solicitar una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le otorguemos una respuesta utilizando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos respecto de 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.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para otorgarle una respuesta a esta revisión.

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

- **Si la respuesta a su apelación rápida es afirmativa,** 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 su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).

- **Si la respuesta a su apelación rápida es negativa,** entonces 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.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la organización de revisión independiente.** Esto significa que usted avanza *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, en la **organización de revisión independiente,** se revisa la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de apelación rápida. En esta organización, se decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"entidad de revisión independiente".** En ocasiones, se abrevia **"IRE".**

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 cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es distinto del proceso de apelaciones. En la sección 10 de este capítulo, se explica cómo presentar una queja).

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

- **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. Es una compañía elegida a través de Medicare para desempeñar la función de organización de revisión independiente. En Medicare, se supervisa su trabajo.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si, en esta organización, se le da una respuesta *afirmativa* a su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención a partir de la fecha en que dijimos 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, en esta organización, se le da una respuesta *negativa* a su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión tomamos en el plan respecto de su primera apelación y no la cambiarán.
  - 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 el proceso de revisión. Allí encontrará detalles sobre cómo continuar con la apelación de nivel 3.

Paso 3: Si, en la organización de revisión independiente, se 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 puede elegir si quiere aceptar esa decisión o avanzar al nivel 3 y presentar otra apelación. 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 apelaciones de servicio médico

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. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta que reciba por escrito a su apelación de nivel 2, se 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 (denominado "juez administrativo") o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal** revisan su apelación y le brindan una respuesta.

- **Si la respuesta a su apelación del juez administrativo o del abogado mediador es afirmativa, el proceso de apelaciones *puede terminar* o *no*.** Nosotros decidiremos si llevaremos esta apelación al nivel 4. A diferencia de las decisiones de nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 favorable para usted.

- Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a haber recibido 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 la respuesta a su apelación del juez administrativo o del abogado mediador es negativa, 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 juez administrativo rechaza su apelación, recibirá un aviso donde se le informará qué hacer después si elige continuar con su apelación.

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

- **Si la respuesta es afirmativa o si, en el Consejo, se rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede terminar* o *no*.** Nosotros decidiremos si se debe apelar esta decisión y avanzar al nivel 5. A diferencia de las decisiones de nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 favorable para usted.
  - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a haber recibido la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si, en el Consejo, se rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede terminar* o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazo de la apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
  - Si usted no quiere aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si, en el Consejo, se rechaza su apelación, recibirá un aviso donde se le informará si las reglas le permiten avanzar a la apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, en la notificación por escrito, 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.

- Se trata del último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones 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 (denominado "juez administrativo") o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal** revisan su apelación y le brindan una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, finaliza el proceso de apelaciones.** Se aprueba lo que usted solicitó en la apelación. 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 transcurridos los 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, 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 juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, recibirá un aviso donde se le informará qué hacer después si elige continuar con su apelación.

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

- **Si la respuesta es afirmativa, finaliza el proceso de apelaciones.** Se aprueba lo que usted solicitó en la apelación. 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 transcurridos los 30 días calendario de haber** recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, 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, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si, en el Consejo, se rechaza su apelación o su solicitud de revisar la apelación, recibirá un aviso donde se le informará si las reglas le permiten avanzar a la apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, en la notificación por escrito, 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.

- Se trata del último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

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

? Si su problema se refiere a decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pagos, esta sección *no es para usted*. En cambio, deberá seguir el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se resuelven mediante el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo utilizar el proceso de presentación de quejas. El proceso de quejas se utiliza para determinados tipos de problemas *únicamente*. Estos incluyen problemas relacionados con calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación, se mencionan ejemplos de los tipos de problemas que se resuelven mediante el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede presentar una queja.

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	• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información sobre usted que considera que debería ser 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 el trato que le dieron en 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 las condiciones en que se encuentra algún consultorio médico, clínica u hospital?
Información que recibe de nuestro plan	• ¿Cree que no se le ha dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Considera que la información que le hemos entregado por escrito es difícil de entender?

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).	El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, debe usar ese proceso y no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y cree que nuestra respuesta no es lo suficientemente rápida, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Por ejemplo: • 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 cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o responder una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se determina que debemos cubrir ciertos servicios médicos o medicamentos o reembolsarle el costo de estos, existen plazos que se deben aplicar. Si considera que no estamos cumpliendo con esos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no tomamos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a una organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro de los plazos estipulados, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal de “presentar una queja” es “tramitar una reclamación”

Términos legales
• Lo que en esta sección se llama **“queja”** también se denomina **“reclamación”.** • Otro término para **“presentar una queja**” es **“tramitar una reclamación”.** • Otra forma de decir **“usar el proceso de quejas”** es **“usar el proceso para tramitar una reclamación”**.

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. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

- **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.

  Puede encontrar la dirección para presentar quejas en el capítulo 2 en la sección *"Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica"* o, para las quejas relacionadas con la Parte D, *"Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D"*.

  Debemos tratar su reclamación con la prontitud que requiera su caso en función de su estado de salud, pero antes de transcurridos los 30 días de haber recibido su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días más si lo solicita o si consideramos que necesitamos información adicional y la demora es para su bien.

  Puede presentar una queja rápida en los siguientes casos:

  - Si rechazamos su pedido de decisión rápida sobre la solicitud de un servicio.
  - Si rechazamos su pedido de apelación rápida en relación con un servicio.
  - Si necesitamos más días para tomar una decisión con respecto a su solicitud de un servicio.
  - Si necesitamos más días para analizar una apelación relacionada con un servicio.

Si rechazamos su pedido de una decisión rápida o si necesitamos más días para resolver su reclamación, recibirá una carta en la que se le explicará que puede presentar una queja rápida. Le informaremos de nuestra decisión sobre su queja rápida dentro de las 24 horas.

- **Ya sea por teléfono o por escrito, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.**
  La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario de haber tenido el problema por el cual quiere reclamar.
- **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.**

Términos legales
Lo que en esta sección se llama **"queja rápida"** también se denomina **"reclamación acelerada".**

Paso 2: Analizamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es probable que podamos darle una respuesta en esa misma llamada. Le daremos una respuesta rápida si su estado de salud así lo requiere.
- **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 no estamos de acuerdo** parcial o totalmente con su queja o no nos consideramos responsables del problema sobre el cual está reclamando, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá las razones para esta decisión. Debemos brindarle una respuesta, ya sea que aceptemos o no su queja.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso indicado anteriormente.

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, tiene, además, otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).** Si prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
  - La QIO 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 controlen y mejoren la atención que se brinda a los pacientes con Medicare.
  - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la QIO de su estado, consulte la sección 4 del capítulo 2 de este manual. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos en conjunto para resolverla.
- **También puede presentar su queja ante ambas entidades simultáneamente.** Si así lo quiere, puede presentar su queja respecto de la calidad de la atención ante nosotros y ante la QIO.

Sección 10.5 También puede comunicarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para ello, ingrese al sitio web https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. En Medicare, se analizan las quejas seriamente y se utilizará esta información para mejorar la calidad del programa.

Si desea realizar comentarios o tiene inquietudes o si considera que en el plan no se está tratando su problema, comuníquese 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

Capítulo 10. Cómo finalizar su membrecía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 214

Sección 1.1 En este capítulo nos referimos a cómo puede finalizar su membrecía en el plan 214

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membrecía en el plan? 214

Sección 2.1 Puede finalizar su membrecía durante el período de inscripción anual 214

Sección 2.2 En determinadas situaciones, puede finalizar su membrecía durante un período de inscripción especial 215

Sección 2.3 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membrecía? 216

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membrecía en el plan? 217

Sección 3.1 Por lo general, su membrecía termina cuando se inscribe en otro plan 217

SECCIÓN 4 Mientras no finalice su membrecía, deberá continuar recibiendo los servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 218

Sección 4.1 Mientras no finalice la membrecía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan 218

SECCIÓN 5 En Sharp Health Plan debemos finalizar su membrecía en determinadas situaciones 219

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membrecía en el plan? 219

Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone el plan por ninguna razón vinculada a su salud 220

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membrecía en nuestro plan 220

SECCIÓN 1
Introducción

Sección 1.1 En este capítulo nos referimos a cómo puede finalizar su membrecía en el plan

La finalización de su membrecía en el plan Sharp Direct Advantage puede ser **voluntaria** (por elección propia) o **involuntaria** (no por elección propia):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo.
  - Hay algunos momentos durante el año, o determinadas situaciones, en los que puede finalizar su membrecía en el plan voluntariamente. En la sección 2, se explica *cuándo* puede poner fin a su membrecía en el plan.
  - El proceso de finalización voluntaria de su membrecía en el plan varía según el tipo de cobertura nueva que elija. En la sección 3, se indica *cómo* puede cancelar su membrecía en cada situación.
- Hay también situaciones restringidas en las que usted no elige salir del plan, sino que nosotros tenemos la obligación de finalizar su membrecía. En la sección 5, se explican las situaciones en las que debemos poner fin a su membrecía.

En caso de que decida abandonar nuestro plan, debe continuar recibiendo atención médica a través de este hasta que finalice su membrecía.

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

Puede poner fin a su membrecía en nuestro plan solamente durante determinadas épocas del año, conocidas como “períodos de inscripción”. Todos los miembros pueden abandonar el plan durante el período de inscripción anual. En algunos casos, también es probable que reúna los requisitos para abandonar el plan en otras épocas del año.

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

Puede finalizar su membrecía durante el período de inscripción anual (también llamado “período anual de inscripción abierta”). Este es el período en el que debe examinar su cobertura de salud y de medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Este período abarca desde el 1.° de junio hasta el 30 de junio.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción anual?** Puede decidir 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. (Puede elegir uno que cubra medicamentos con receta o que no los cubra).
  - 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 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.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y deja de tener cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que, si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante, deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D. (El término "cobertura acreditable" se refiere a una cobertura de medicamentos 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). Consulte la sección 5 del capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía de la Parte D.

- **¿Cuándo finaliza su membrecía?** Su membrecía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1.° de agosto.

Sección 2.2 En determinadas situaciones, 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".**

- **¿Qué personas reúnen los requisitos para el período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, quizás pueda cancelar su membrecía durante un período de inscripción especial. Estos son solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa, comuníquese con el plan, llame a Medicare o ingrese al sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov):
  - Generalmente, si se mudó.
  - Si tiene Medi-Cal.
  - Si reúne los requisitos para recibir 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 Atención de Inclusión Total para los Ancianos (PACE).
  - Nota: Si participa en un Programa de Administración de Medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** 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/TDD 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. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir uno que cubra medicamentos con receta o que no los cubra).
  - 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 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.

  Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y deja de tener cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que, si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante, deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D. (El término "cobertura acreditable" se refiere a una cobertura de medicamentos 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). Consulte la sección 5 del capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía de la Parte D.
- **¿Cuándo finaliza su membrecía?** Su membrecía finaliza, generalmente, el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.3 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membrecía?

Si tiene alguna pregunta o necesita más información sobre cuándo puede finalizar su membrecía:

- Comuníquese con la Asociación de Beneficios para Empleados Públicos de San Diego (SDPEBA) al 1-888-315-8027.
- **Llame a Servicio al Cliente** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).
- Busque la información en el manual ***Medicare y Usted 2020***.
  - Todas las personas inscritas en Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Aquellas personas nuevas en Medicare la reciben dentro del mes posterior a la inscripción.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov) o puede solicitar una copia impresa en Medicare llamando al número que figura a continuación.
- 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 3.1 Por lo general, su membrecía termina cuando se inscribe en otro plan

Por lo general, para poner fin a su membrecía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Ahora bien, si quiere cambiar nuestro plan por Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar la baja de nuestro plan. Existen dos maneras de solicitar la baja:

- Puede presentar una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).
- Puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y deja de tener cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que, si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante, deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D. (El término “cobertura acreditable” se refiere a una cobertura de medicamentos 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). Consulte la sección 5 del capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

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

Si quiere cambiarse de nuestro plan a alguno de los siguientes planes:	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 quiere cambiarse de nuestro plan a alguno de los siguientes planes:	Debe hacer lo siguiente:
• Original Medicare *sin* un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare. ◦ **Nota:** Si quiere darse de baja del plan de medicamentos con receta de Medicare y seguir sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si, más adelante, se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Consulte la sección 5 del capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	• **Escribirnos para solicitar la baja.** Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). • Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite 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

Sección 4.1 Mientras no finalice la membrecía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede pasar cierto tiempo antes de que finalice su membrecía y entre en vigor la nueva cobertura de Medicare. (Consulte la sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe seguir utilizando las farmacias de nuestra red para adquirir sus medicamentos con receta hasta que finalice su membrecía en nuestro plan.** Generalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se adquieren en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de encargo por correo.
- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membrecía, por lo general, 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 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. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si 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 le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o necesita más información sobre cuándo podemos cancelar su membrecía:

- Llame a **Servicio al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

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, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar 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. En la sección 10 del capítulo 9, puede leer la información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 11
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente 223

SECCIÓN 2 Aviso sobre disposiciones de no discriminación..... 223

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario 224

SECCIÓN 1
Aviso sobre la ley vigente

Hay muchas leyes que se aplican a esta *Evidencia de cobertura* y puede ser que haya estipulaciones adicionales que se apliquen porque lo requiere la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no figuran ni se explican en este documento. La ley principal que rige este documento es el título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) 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.

SECCIÓN 2
Aviso sobre disposiciones de no discriminación

Debemos cumplir con las leyes que lo protegen de la discriminación y del trato injusto. No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en 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 y 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 obtener más información o si tiene inquietudes con respecto a la discriminación o al trato injusto, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o con la Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención médica, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, en Servicio al Cliente pueden ayudarlo.

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. Tampoco se excluyen 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, otros formatos).
- Servicios de idiomas gratuitos a 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: (858) 636-2256.

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 su reclamación, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente, al 1-855-562-8853. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. Además, puede hacerlo por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 u 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en http://www.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, en nuestro plan, como en una organización de Medicare Advantage, se ejercerán los mismos derechos de reintegro que se ejercen en 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

Actividades de la vida diaria (ADL): Son las tareas básicas de todos los días, como comer, bañarse, vestirse, ir al baño y desplazarse (por ejemplo, ir de la cama a una silla).

Afección crónica: Es un estado médico como consecuencia de una enfermedad o de otro problema o trastorno médicos que es grave y persiste sin que se logre una recuperación total o empeora durante un período prolongado, o bien requiere de un tratamiento continuo para mantener cierta moderación de los síntomas o evitar el deterioro.

Año de beneficios: Es el año de cobertura de beneficios conforme a este plan. Su empleador o su empleador o sindicato anteriores establecen la fecha de inicio del año de beneficios.

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 medicamentos con receta, o 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. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, un artículo o un servicio que usted considera que debería recibir. En el capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso relacionado con la presentación de una apelación.

Área de servicio: Es el área geográfica en la que, en el plan de salud, se acepta a sus miembros limitando la membrecía según su lugar de residencia. 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). En el plan, se lo puede dar de baja si se muda fuera del área de servicio de forma permanente.

Asistente de salud en el hogar: Es aquel 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). Los asistentes de salud en el hogar no poseen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

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 aplicadas por un enfermero registrado o un médico.

Autorización previa: Es la aprobación anticipada para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro Formulario. Algunos servicios médicos de la red solo están cubiertos si el médico u otro proveedor de la red obtienen autorización previa de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el cuadro de beneficios médicos del capítulo 4. Algunos medicamentos solo están cubiertos si el médico u otro proveedor de la red obtienen autorización previa de nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el Formulario.

Ayuda Adicional: Se trata de un programa de Medicare que ayuda a las personas que tienen ingresos y recursos limitados a pagar costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Baja *o* dar de baja: Es el proceso de finalización de su membrecía en nuestro plan. La baja puede ser voluntaria (por elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): Es un centro donde se brinda, principalmente, servicios de rehabilitación luego de una enfermedad o una lesión, y donde se presta una variedad de servicios, 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: Un miembro a quien se le haya pronosticado menos de seis meses de vida tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales. Nosotros, 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. El centro para enfermos terminales le proporcionará el tratamiento especial que su situación demanda.

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 que se administra a través de Medicare. En el capítulo 2, se explica cómo comunicarse con los CMS.

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. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a cumplir los requisitos para Medicare, por lo general, 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 generalmente es un monto fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar $10 o $20 por una visita al médico o por un medicamento con receta.

Coseguro: Es el monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo de servicios o medicamentos con receta. En general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

Costo compartido: Se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que en un plan se pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que en un plan se requiera que se pague cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro (es decir, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento) que en un plan se requiera que se pague cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Es posible que se aplique un precio 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.

Costos de desembolso: Consulte la definición de “costo compartido” que figura anteriormente. 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 o atención de enfermería especializada. Se trata del cuidado personal brindado por personas que no tienen especialización o capacitación profesional, como el tipo de ayuda que se brinda para realizar las actividades diarias, por ejemplo, bañarse, vestirse, comer, acostarse en la cama y levantarse, sentarse en la silla y pararse, deambular 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 usar gotas oculares. En Medicare, no se paga el cuidado de custodia.

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. Las determinaciones de cobertura se llaman "decisiones de cobertura" en este manual. En el capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de organización: Es aquella que se toma en el plan Medicare Advantage cuando se decide si los servicios o artículos están cubiertos y cuánto debe pagar usted por estos. Las determinaciones de organización se llaman "decisiones de cobertura" en este manual. En el capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Dispositivos ortóticos y protésicos: Son dispositivos médicos indicados por el médico u otro proveedor de atención de salud. Los artículos cubiertos 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, incluidos los suministros para estoma y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Emergencia médica: Ocurre cuando usted, o una persona común y prudente con un nivel de conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte o la pérdida de una extremidad o de la función de esta. 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 bajos por sus medicamentos luego de que usted o terceros (debidamente autorizados) en su nombre hayan gastado $6,350 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: Es la etapa anterior a haber alcanzado los $3,700 en costos totales por medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que se ha 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 explica 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 determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no se encuentra en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario) o le permite recibir un medicamento no preferido con un nivel de costo compartido más bajo (una excepción al nivel de costo compartido). También podrá solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le pide que pruebe otro medicamento antes de recibir el que usted solicita o si en el plan se limita la cantidad o dosis del medicamento que usted 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, en el plan, se establece que se debe pagar.

Farmacia de la red: Es una farmacia en la cual los miembros de nuestro plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. Se denominan "farmacias de la red" porque tienen contrato con nuestro plan. 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. Como se indica en esta Evidencia de cobertura, 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 a través de Sharp Health Plan y estará cubierto hasta que sea prudente transferir su atención al área de servicio del plan.

Grupo médico del plan (PMG): Hace referencia a un grupo de médicos, organizado o contratado como entidad jurídica, que cumple con los criterios de participación del plan y que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar, como contratista independiente, servicios de profesionales, así como brindar o coordinar la prestación de otros beneficios cubiertos a los miembros. Asimismo, se incluye 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. Si quiere más información sobre este tema, consulte la sección 3 del capítulo 5.

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. Los medicamentos de la lista son seleccionados en el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Medi-Cal (Medicaid o Medical Assistance): Es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos limitados a cubrir sus costos médicos. Los programas Medi-Cal varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de la atención de salud están cubiertos si reúne los requisitos para Medicare y Medi-Cal. Consulte la sección 6 del capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.

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 a través de la compañía farmacéutica donde originalmente se investigó y se 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 el mismo ingrediente activo 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 cubiertos con 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. (Consulte el Formulario para conocer la lista específica de los medicamentos cubiertos). En el Congreso, se excluyeron específicamente determinadas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D.

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 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). Las personas que tienen Medicare pueden obtener cobertura de salud a través de Original Medicare, un plan del Programa de Atención de Inclusión Total para los Ancianos (PACE) o un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Es una persona con Medicare que cumple con los requisitos de admisión establecidos a través de la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece el patrocinador del grupo del empleador o sindicato, reside en el área de servicio del plan, se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada a través de los Centros de Servicios de Medicare y Medi-Cal (CMS).

Monto de ajuste mensual por ingresos (IRMAA): Si sus ingresos superan un límite determinado, usted deberá pagar un monto de ajuste mensual por ingresos además de la prima del plan. Por ejemplo, aquellas personas que tienen ingresos mayores de $85,000 y los matrimonios con ingresos que superan los $170,000 deben pagar un monto mayor por la prima de la cobertura de Medicare Parte B (seguro médico) y de medicamentos con receta de Medicare. Este monto adicional se denomina “monto de ajuste mensual por ingresos”. Esto afecta a menos del 5 % de las personas con Medicare, de modo que la mayoría no deberá pagar una prima con aumento.

Monto de desembolso máximo: Se trata del monto máximo que usted pagará 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. Consulte la sección 1.2 del capítulo 4 para obtener información sobre su monto de desembolso máximo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Es el monto que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si deja de tener cobertura acreditable (cobertura 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) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si participa en el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos con receta, no deberá pagar la multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: Es uno de los seis niveles en los que se encuentran todos los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos. Por lo 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 con Medicare. Consulte la sección 4 del capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

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. A través de Original Medicare, se cubren los servicios de Medicare mediante el pago a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud de los montos que se establecen a través del 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".

Parte D: Se trata del programa de beneficios de medicamentos con receta voluntario de Medicare. (Para facilitar la consulta, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos con receta como Parte D).

Período de beneficios: Es la manera en que, en nuestro plan y en Original Medicare, se miden el uso que usted hace de los servicios de un hospital o un centro de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada y finaliza una vez transcurridos 60 días consecutivos sin haber recibido atención de hospitalización (o atención especializada en dicho centro). 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 anual: Es un período establecido cada otoño durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare. Este período abarca desde el 1.° de junio hasta el 30 de junio.

Período de inscripción especial: Es un período establecido durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o volver a cambiarse 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. Por ejemplo, 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.° 65 y finaliza 3 meses después.

Plan: Sharp Direct Advantage.

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, programas de demostración o piloto y el Programa de Atención de Inclusión Total para los Ancianos (PACE).

Plan del Programa de Atención de Inclusión Total para los 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, brindándoles la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en este tipo de plan reciben los beneficios de Medicare y Medi-Cal a través del plan.

Plan Medicare Advantage (o plan 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 de HMO, de PPO, un plan privado de tarifa por servicio o un plan de cuenta de ahorros médicos (MSA). Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no son pagados con Original Medicare. 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".** Todas las personas que tienen Medicare Parte A y Parte B cumplen los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare disponible en su área, a excepción de las personas con enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

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 que ofrece 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. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen descuentos.

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. Este profesional se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. Además, este profesional puede consultar con otros médicos o proveedores de atención de salud sobre usted y remitirlo a cualquiera de estos. 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. Si quiere más información sobre proveedores de atención primaria, consulte la sección 2.1 del capítulo 3.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que utilizamos para referirnos 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 llamamos **proveedores de la red** cuando 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. Con nuestro plan, se paga a los proveedores de la red en función de los contratos que tenemos con ellos o si los proveedores acuerdan prestarles a los miembros servicios cubiertos con el plan. También nos referimos a los proveedores de la red como "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Es un proveedor o un centro que no tiene 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 a este, no operan mediante este ni tienen contrato para prestar servicios cubiertos. En el capítulo 3 de este manual, se explica cómo utilizar los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: El nombre formal de "presentar una queja" es "tramitar una reclamación". El proceso de quejas se utiliza para determinados tipos de problemas *únicamente*. Estos incluyen problemas relacionados con calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Consulte, además, el término "reclamación" en esta lista de definiciones.

Reclamación: Es un tipo de queja que usted realiza sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, incluida la queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas relacionadas con pagos o cobertura.

Red del plan: Es la red de proveedores seleccionada por el empleador, el sindicato 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 general que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención de salud cubiertos con 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, incluido en nuestro plan, se deben cubrir todos los servicios cubiertos con Medicare Parte A y Parte B.

Servicios de rehabilitación: Incluyen terapias física, ocupacional, del habla y del lenguaje.

Servicios de urgencia: Son aquellos que se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica que no es de emergencia, surge imprevistamente y requiere atención médica inmediata. Los pueden brindar proveedores de la red o fuera de la red, cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente.

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. Por ejemplo, el tiempo que dedica el farmacéutico para preparar y presentar el medicamento.

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 del suministro para 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. Esto implica que usted paga $1 por cada día de suministro cuando adquiere su medicamento con receta.

Terapia escalonada: Es una herramienta de utilización que exige que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Servicio al Cliente del plan Sharp Direct Advantage

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
POR TELÉFONO	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 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. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
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 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	http://seniorlaw-sd.org/programs/health-insurance-counseling-advocacy-program-hicap/

Servicios de asistencia lingüística

Español
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

English (inglés)
ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

繁體中文 **(chino)**
注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamita)
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

Tagalog (tagalo, filipino):
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

한국어 **(coreano):**
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Հայերեն **(armenio):**
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-562-8853 (TTY/TDD (հեռատիպ)՝ 711).

فارسی **(farsi):**
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY/TDD: 711) 1-855-562-8853 تماس بگیرید.

Русский (ruso):
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-562-8853 (телетайп: 711).

日本語 **(japonés):**
注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

العربية **(árabe):**
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-562-8853-800 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਪੰਜਾਬੀ **(panyabí):**
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Servicios de asistencia lingüística

ខ្មែរ (mon-jemer, camboyano):
ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ផ្លូ ទូរស័ព្ទ 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711)។

Hmoob (hmong):
LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

हिंदी (hindi):
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (tailandés):
เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

Considérenos su asistente
personal de atención de salud®

sharpmedicareadvantage.com
1-855-562-8853, los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711

H5386_2020-2021 SDPEBA EOC_M
Actualización de abril de 2020

Evidencia de cobertura para 2020-2021 de Sharp Direct Advantage®