**[PFFS models]  
[2017 ANOC model]**

***[Insert 2017 plan name] ([insert plan type]) ofrecido por [insert MAO name]***

# Aviso anual de cambios para el 2017

*[****Optional:*** *insert beneficiary name]  
[****Optional:*** *insert beneficiary address]*

Usted está inscrito en la actualidad como miembro de *[insert 2016 plan name]*. Para el próximo año, se producirán ciertos cambios en los costos y beneficios del plan*. Esta publicación describe esos cambios.*

* **Usted puede efectuar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, únicamente entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.**

Fuentes de información adicionales

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Esta información está disponible gratis en otros idiomas.
* Por favor, comuníquese con nuestros Servicios para Miembros llamando al *[insert phone number]* para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al [*insert TTY number*].) Nuestros horarios son *[insert days and hours of operation]*.]
* Servicios para Miembros [*plans that meet the 5% threshold insert:* también] ofrecen servicios de intérprete gratis para las personas que no hablan inglés *[plans that meet the 5% threshold delete the rest of this sentence]* (los números de teléfono están en la *[edit section number as needed]* Sección 8.1 de este folleto).
* *[Plans that meet the 5% threshold insert the paragraph above in all applicable languages.]*
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*
* Cobertura esencial mínima (MEC): La cobertura bajo este plan califica como cobertura esencial mínima (Minimum essential coverage, MEC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Interno (Internal Revenue Service, IRS) en <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision> para obtener más información sobre los requisitos individuales para la MEC.

Información acerca de *[insert 2017 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement]*
* Cuando aparecen las palabras“nosotros” o “nuestro” en esta publicación, significa *[insert MAO name]*. Cuando aparecen las palabras “plan” o “nuestro plan”, significa *[insert 2017 plan name]*.

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* Aprobado por CMS [MMDDYYYY] *OR [insert Material ID]* Archivar y utilizar[MMDDYYYY]]

Piense acerca de Su Cobertura de Medicare para el Próximo Año

Cada otoño, Medicare le permite cambiar su cobertura médica y de recetas médicas durante el Periodo de inscripción anual. Es importante que examine su cobertura ahora, para asegurarse de que ésta cubrirá sus necesidades el próximo año.

Diligencias importantes que usted debe hacer:

* **Verifique los cambios producidos en sus beneficios y costos para ver si éstos lo afectan.** ¿Afectan los cambios a los servicios que utiliza usted? Es importante verificar los cambios producidos en los beneficios y costos, para asegurarse de que se ajusten a sus necesidades el próximo año. Examine las secciones *[insert section number]* y *[insert section number]* para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de su plan.
* *[MA-only plans delete]* **Revisar los cambios a nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.** ¿Serán cubiertos sus medicamentos recetados? ¿Están en un nivel diferente? ¿Puede seguir utilizando las misma farmacias? Es importante revisar los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos recetados funcione para usted el año que viene. Busque en la Sección *[insert section number]* para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados.
* *[Non-network plans delete]* **Revisar si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.** ¿Siguen sus médicos estando en nuestra red? ¿Siguen estando en su red los hospitales y demás proveedores que usted utiliza? Examine la sección *[insert section number]* para obtener información acerca de la Lista de proveedores.
* **Considere sus costos médicos en general.** ¿Cuánto pagará de su bolsillo por los servicios y recetas médicas que utiliza regularmente? ¿Cuánto se gastará en las primas? ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura de Medicare?
* **Considere si usted está o no satisfecho con nuestro plan.**

Si usted decide seguir con *[insert 2017 plan name]*:

Si usted desea seguir con nosotros el próximo año, es fácil – usted no tiene que hacer nada.

Si usted decide cambiar de plan:

Si usted decide que otra cobertura cubrirá mejor sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si usted se inscribe en un nuevo plan, su nueva cobertura empezará el 1 de enero de 2017. Examine la Sección *[edit section number as needed]* 4.2 para averiguar más acerca de sus opciones.

Sumario de costos significativos para el 2017

El cuadro más abajo compara los costos entre los años 2016 y 2017 para *[insert 2017 plan name]* para ciertas áreas importantes. **Por favor, tenga en cuenta que éste es únicamente un sumario de los cambios**. **Es importante que lea el resto de este *Aviso anual de cambios*** y examine la [*insert as applicable:* adjunto *Or* incluido] *Evidencia de cobertura* para ver si le atañen otros cambios en los beneficios o costos.

| Costo | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| La prima mensual del plan\*  *\*[MA-PD plans insert:* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad.] Busque la Sección *[edit section number as needed]* 2.1 para obtener detalles. | *[Insert 2016 premium amount]* | *[Insert 2017 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row.]*  Deducible | *[Insert 2016 deductible amount]* | *[Insert 2017 deductible amount]* |
| Cantidad máxima que pagará de su bolsillo  Este es el monto máximo que usted pagará de su bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.  (Examine la Sección *[edit section number as needed]* 2.2 para obtener más detalles.) | *[Insert 2016 MOOP amount]* | *[Insert 2017 MOOP amount]* |
| Visitas médicas | Visitas para cuidados primarios: *[insert 2016 cost-sharing for PCPs]* por visita  Visitas a especialistas: *[insert 2016 cost-sharing for specialists]* por visita | Visitas para cuidados primarios: *[insert 2017 cost-sharing for PCPs]* por visita  Visitas a especialistas: *[insert 2017 cost-sharing for specialists]* por visita |
| Servicios de hospitalización  Incluye servicios de hospitalización para cuidados agudos, cuidados de rehabilitación, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de cuidados. Los cuidados de hospitalización empiezan el día en que usted es formalmente ingresado en el hospital a través de una orden del médico. La hospitalización termina el día antes de ser dado de alta del hospital. | *[Insert 2016 cost-sharing]* | *[Insert 2017 cost-sharing]* |
| *[MA-only plans delete]* Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D  (Busque la *[edit section number as needed]* Sección 2.6 para detalles.) | Deducible: *[Insert 2016 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la etapa inicial de cobertura:   * Medicamentos Nivel 1: *[Insert 2016 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | Deducible: *[Insert 2017 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la etapa inicial de cobertura:   * Medicamentos Nivel 1: *[Insert 2017 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* |

***Aviso anual de cambios para el* 2017  
Índice**

*[Update table below after completing edits]*

Piense acerca de Su Cobertura de Medicare para el Próximo Año 2

Sumario de costos significativos para el 2017 3

SECCIÓN 1 Estamos Cambiando el Nombre del Plan 6

SECTION 1 A menos que elija otro plan, usted será inscrito automáticamente en *[insert 2017 plan name]* en 2017 6

SECCION 2 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año 7

Sección 2.1 – Cambios en las primas mensuales 7

Sección 2.2 – Cambios en la Cantidad Máxima de su Bolsillo 7

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores 8

Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias 9

Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos por Servicios Médicos 10

Sección 2.6 – Cambios a la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D 12

SECCIÓN 3 Otros Cambios 18

SECCIÓN 4 Decidiendo Qué Plan Elegir 18

Sección 4.1 – Si usted desea seguir en *[insert 2017 plan name]* 18

Sección 4.2 – Si usted desea cambiar de plan 18

SECCIÓN 5 Fechas límite para cambiar de plan 20

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen consejos gratuitos acerca de Medicare 20

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar por las recetas médicas 21

SECCIÓN 8 ¿Preguntas? 22

Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de *[insert 2017 plan name]* 22

Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda directamente de Medicare 22

*[If Section 1 does not apply, plans should omit it and renumber remaining sections as needed.]*

SECCIÓN 1 Estamos Cambiando el Nombre del Plan

*[Plans that are changing the plan name, as approved by CMS, include Section 1, using the section title above and the following text:*

El 1 de enero de 2017, el nombre de nuestro plan cambiará de *[insert 2016 plan name]* a *[insert 2016 plan name].*

*[Insert language to inform members if they will receive new ID cards and how, as well as if the name change will impact any other beneficiary communication.]]*

SECTION 1 A menos que elija otro plan, usted será inscrito automáticamente en *[insert 2017 plan name]* en 2017

[*[If the beneficiary is being enrolled into another plan due to a consolidation, include Section 1, using the section title above and the text below. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that crosswalks a member from a non-renewed plan to a consolidated renewal plan will compare benefits and costs, including cost-sharing for drug tiers, from that enrollee’s previous plan to the consolidated plan.]* El 1 de enero de 2017, *[insert MAO name]* combinará *[insert 2016 plan name]* con uno de nuestros planes, *[insert 2016 plan name]*.

**Si usted no hace ninguna diligencia para cambiar su cobertura de Medicare antes del 7 de diciembre de 2015, lo inscribiremos automáticamente en nuestro *[insert 2017 plan name]*.** Esto significa que a partir del 1 de enero de 2017 va obtener su cobertura médica *[insert if applicable:* y de medicamentos recetados] a través de *[insert 2017 plan name]*. Si usted lo desea, puede cambiar a otro plan médico de Medicare. Usted también puede cambiar a Medicare Original. Si quiere cambiarse, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

La información contenida en esta publicaciónle indica las diferencias entre sus beneficios actuales bajo *[insert 2016 plan name]* y los beneficios que usted tendrá a partir del 1 de enero de 2017 como miembro de *[insert 2016 plan name]*.

[*Plans that have previously notified members about the enrollment consolidation may insert the following paragraph, editing as necessary: [Insert MAO name]* le envió una carta llamada “*[insert name of letter]*.” La carta contiene más información sobre este cambio. Si tiene cualquier pregunta, o si no ha recibido la carta, por favor comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de esta publicación).]]

SECCION 2 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

### Sección 2.1 – Cambios en las primas mensuales

*[Plans may add a row to this table to display changes in premiums for optional supplemental benefits.]*

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may insert a row to describe the change in the benefit.]*

| Costo | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual  *[Plans that include a Part B premium reduction benefit may modify this row to describe the change in the benefit.]*  (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.) | *[Insert 2016 premium amount]* | *[Insert 2017 premium amount]* |

*[MA-only plans delete the remainder of Section 2.1]*

* Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D de por vida por estar sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos igual de buena que la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada "cobertura válida") por 63 días o más, si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
* Si usted tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
* Su prima mensual será *menos* si está recibiendo “Ayuda Adicional” con sus costo de medicamentos recetados.

### Sección 2.2 – Cambios en la Cantidad Máxima de su Bolsillo

*[Plans that include the costs of supplemental benefits (e.g., POS benefits) in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes médicos limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama “cantidad máxima que pagará de su bolsillo”. Una vez que alcance este importe, por lo general, no pagará por servicios bajo la cobertura [*insert if applicable:* Parte A y Parte B] por el resto del año.

| Costo | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Cantidad máxima que pagará de su bolsillo  Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos [*insert if plan has a deductible:* and deductibles]) cuentan hacia el monto máximo que pagará de su bolsillo. [*Plans with no premium and/or no Part D coverage may modify or delete the following sentence as needed]* Su prima del plan y sus costos de medicamentos recetados no cuentan hacía su monto máximo que pagará de su bolsillo. | *[Insert 2016 MOOP amount]* | *[Insert 2017 MOOP amount]*  Una vez que haya pagado *[insert 2017 MOOP amount]* de su propio bolsillo por servicios cubiertos en [*insert if applicable:* Parte A y Parte B], usted ya no tendrá que pagar por servicios bajo la cobertura [*insert if applicable:* Parte A y Parte B] por el resto del año calendario. |

### Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

*[Plans with no provider network delete this section.]*

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its provider network]* Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestra Lista de proveedores en el sobre junto con esta publicación.] Usted puede localizar una Lista de proveedores actualizada en nuestro sitio web en *[insert URL]*. Usted también puede comunicarse con los Servicios para Miembros para obtener información actualizada acerca de los proveedores, o para solicitar que le enviemos por correo una Lista de proveedores. **Por favor, examine la Lista de Proveedores para el año 2017, para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen en nuestra red**.

O

[*For a plan that will have a higher than normal number of providers either leaving and/or joining its network]* Nuestra red ha cambiado más de lo usual para 2017. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestra Lista de proveedores en el sobre junto con esta publicación.] En nuestro sitio web [*insert URL*] puede encontrar un Directorio de Proveedores actualizado. Usted también puede comunicarse con los Servicios para Miembros para obtener información actualizada acerca de los proveedores, o para solicitar que le enviemos por correo una Lista de proveedores. **Le recomendamos que examine la Lista de Proveedores para el año 2016, para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante del año. Existen muchas razones por las cuales su proveedor tal vez deje su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones detalladas a continuación:

* Aún cuando nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare requiere que le facilitemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
* Siempre que sea posible le facilitaremos al menos 30 días de aviso cuando su proveedor esté dejando nuestro plan, para que usted pueda elegir otro proveedor.
* Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado que siga atendiendo a sus necesidades de cuidados médicos.
* Su usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y nos aseguraremos de ello, que el tratamiento necesario por razones médicas que usted está recibiendo no quede interrumpido.
* Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su cuidado no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a apelar de nuestra decisión.
* Si usted se entera de que su médico o especialista está dejando su plan por favor, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a localizar otro proveedor y facilitarle sus cuidados.

### Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias

*[MA-only plans delete Section 2.4]*

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos recetados puede depender de qué farmacia usted utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. *[Insert if applicable:* Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que le puede ofrecer un costo compartido menor que el estándar costo compartido ofrecido por otras farmacias dentro de la red.]

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestra Lista de farmacias en el sobre junto con esta publicación.] En nuestro sitio de Internet [*insert URL*] podrá encontrar el Directorio de Farmacias actualizado. [insert URL]. También puede llamar a Servicios para los Miembros para que le den información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo una Lista de farmacias. **Sírvase revisar la Lista de farmacias del 2017 para que vea qué farmacias están en nuestra red**.

*OR*

[*For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network]* Nuestra red ha cambiado más de lo usual para 2017. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestra Lista de farmacias en el sobre junto con esta publicación.] En nuestro sitio de web [*insert URL*] podrá encontrar el Directorio de Farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los Miembros para que le den información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo una Lista de farmacias. **Sírvase revisar la Lista de farmacias actual para que vea si su farmacia todavía están nuestra red.**

### Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos por Servicios Médicos

[*If there are no changes in benefits or in cost-sharing, revise heading to “There are no changes to your benefits or amounts you pay for medical services” and replace the rest of this section with:* Nuestros beneficios y lo que usted paga por los servicios médicos cubiertos, serán exactamente los mismos en el 2017 a los que fueron en el 2016.]

El próximo año estaremos cambiando su cobertura para ciertos servicios médicos. La información más abajo describe estos cambios. Para más detalles acerca de la cobertura y los costos para estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura para el año 2017.*

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2016 benefits that will end for 2017, including any new optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium); (2) new limitations or restrictions on Part C benefits for CY 2017; and (3) all changes in cost-sharing for 2017 for covered medical services, including any changes to service category out-of-pocket maximums and cost-sharing for optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium).]*

| Costo | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | [*For benefits that were not covered in 2016 insert:*  *[insert benefit name*] no está cubierto.]  [*For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un copago de $*[insert 2016 copayment amount]* *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “per office visit”]*.]  [*For benefits with a coinsurance insert:* Usted paga el *[insert 2016 coinsurance percentage]*% del costo total  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, (e.g., “for up to one visit per year”)].*] | [*For benefits that are not covered in 2017 insert: [insert benefit name]* no está cubierto.]  [*For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un copago de $*[insert 2017 copayment amount]* *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “per office visit”]*.]  [*For benefits with a coinsurance insert:*  Usted paga el *[insert 2017 coinsurance percentage]*% del costo total  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, (e.g., “for up to one visit per year”)].*] |
| *[Insert benefit name]* | *[insert 2016 cost/coverage, using format described above]* | *[insert 2017 cost/coverage, using format described above]* |

*[MA only plans delete Section 2.6 below]*

### Sección 2.6 – Cambios a la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

#### Cambios a Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. En este sobre hay una copia de nuestra Lista de medicamentos. [*If including an abridged formulary, add the following language:*La Lista de medicamentos que incluimos en este sobre incluye muchos, *pero no todos*, los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve su medicamento en esta lista, puede que aún esté cubierto. **Puede obtener la Lista de medicamentos *completa*** si llama a Servicios para los Miembros (vea la contraportada) o si visita nuestro sitio web (*[insert URL]*).]

[*Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with:* No hemos hecho ningún cambio en nuestra Lista de Medicamentos para el próximo año. Los medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos serán los mismos en 2017 que en 2016. Sin embargo, se nos permite hacer cambios en la Lista de medicamentos de vez en cuando a lo largo del año, con la aprobación de Medicare o si un medicamento ha sido retirado del mercado ya sea por la FDA o por el fabricante del producto.]

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año que viene y para ver si va a haber alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos usted puede:

* **Colaborar con su médico (u otro proveedor) y pedirle al plan que haga una excepción** para que cubra el medicamento. *[Plans may omit the following sentence if they* ***do not have an advance transition process for*** *current members.]* **Recomendamos que los miembros actuales** pidan una excepción antes del próximo año.
  + Para averiguar lo que debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)) o llame a Servicios a los Miembros.*
* **Trabaje con su médico (u otro proveedor que recete) para encontrar otro medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios a los Miembros para solicitar la lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

*[Plans may omit this if all current members will be transitioned in advance for the following year.]*En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal, **una vez**, de un medicamento que no está en el formulario durante los primeros 90 días de cobertura del año o cobertura del plan. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura.*)Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando su suministro temporal termine. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

*[Plans may include additional information about processes for transitioning current enrollees to formulary drugs when your formulary changes relative to the previous plan year.]*

*[Include language to explain whether current formulary exceptions will still be covered next year or a new one needs to be submitted.]*

#### Cambios en los Costos de Medicamentos Recetados

*Nota:* Si usted está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D [***insert as applicable:* **pueda no aplicarse** *OR* **no se aplica]** a usted.*[If not applicable, omit the following information about the LIS Rider]*Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *OR* le hemos enviado] un documento llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para Personas Que Reciben Ayuda Adicional Para Pagar Sus Medicamentos Recetados” (también llamado “Cláusula de Subsidio Por Bajos Ingresos” o la “Cláusula LIS”), que informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y [*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* no recibió este documento con este paquete,] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* no ha recibido este documento para *[insert date]*,] por favor llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. Los números para Servicios para Miembros se encuentran en la sección *[edit section number as needed]* 8.1 de esta publicación.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentra (Usted puede buscar en el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información acerca de las etapas).

A continuación se muestran los cambios para el próximo año para las dos primeras etapas – La Etapa de Deducible Anual y La Etapa de Cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas – La Etapa de Brecha De Cobertura o La Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre los costos de estas etapas, vea el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, del *Evidencia de Cobertura* [*insert as applicable:* adjunta *OR* incluida].)

Cambios en la Etapa de Deducible

| Etapa | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 1: Etapa de deducible anual  Durante está etapa, **usted paga el costo total** de sus [*insert as applicable:* Parte D *OR* de marca *OR* *[insert tier name(s)]*] hasta que haya alcanzado el deducible anual.  *[Plans with no deductible, omit text above.]* | El deducible es $*[insert 2016 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos un deducible, está etapa no se aplica a usted.]  [*Plans with tiers excluded from the deductible in 2016 and/or 2017 insert the following*:] Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de *[insert cost-sharing amount that a beneficiary would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* para medicamentos en [*insert name of tier(s) excluded from the deductible*] y el costo total de medicamentos en *insert name of tier(s) where copayments apply*] hasta que haya alcanzado el deducible anual. | El deducible es $*[insert 2017 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos un deducible, está etapa no se aplica a usted.]  [*Plans with tiers excluded from the deductible in 2016 and/or 2017 insert the following*:] Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de *[insert cost-sharing amount that a beneficiary would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* para medicamentos en [*insert name of tier(s) excluded from the deductible*] y el costo total de medicamentos en *insert name of tier(s) where copayments apply*] hasta que haya alcanzado el deducible anual*.* |

Cambios en Sus Costos Compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

[*Plans that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2016 to 2017 insert,* “Para medicamentos en [*insert name of tier(s)*], sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial cambiará de [*insert whichever is appropriate* “copago a coseguro” *<or>* “coseguro a copago.”] Consulte el siguiente cuadro para ver los cambios de 2016 a 2017.”]

Para saber cómo funcionan los copagos y cosegiros, consulte el Capítuo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de su bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

*[Plans must list all drug tiers in the table below and show costs for a one-month supply filled at a network retail pharmacy. Plans that have pharmacies that provide preferred cost-sharing must EITHER provide information on member cost-sharing for network pharmacies that offer standard cost-sharing using the chart below OR provide information on both standard and preferred cost-sharing using the second alternate chart. Plans without drug tiers may revise the table as appropriate.]*

| Etapa | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence]* Una vez ha pagado el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**. [*Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2016 to 2017 insert for each applicable tier:* “Para 2016 usted pagó [*insert as appropriate* “un copago de $[*xx*]” <*or>* “un coseguro de [*xx*]%”] para medicamentos en el*[insert tier name]*. Para 2017, usted pagará [*insert as appropriate* “un copago de $[*xx*]” *<or>* “un coseguro de [*xx*]%]” por medicamentos en este nivel.”]  Los costos de esta fila son para un suministro de un mes (*[insert number of days in a one-month supply]* días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que provee costo compartido estándar. [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “El número de días en un suministro de un mes ha cambiado de 2016 a 2017, como se indica en el cuadro.”]  Para obtener información acerca de los costos *[insert as applicable:* para un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece costo compartido preferido; o por recetas de pedido por correo*]*, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de *Evidencia de Cobertura*.  [*Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelo en la Lista de Medicamentos.] | Su costo para un suministro de un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes”]surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: sus gastos totales por sus medicamentos lleguen a $*[insert 2016 initial coverage limit],* pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha en la Cobertura). *OR* usted ha pagado $*[insert 2016 out-of-pocket threshold]* directo de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] | Su costo para un suministro de un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes”]surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: sus gastos totales por sus medicamentos lleguen a $*[insert 2017 initial coverage limit],* pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha en la Cobertura). *OR* usted ha pagado $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* directo de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] |

*[Plans with pharmacies that offer standard and preferred cost-sharing may replace the chart above with the one below to provide both cost-sharing rates.]*

| Etapa | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence]* Una vez ha pagado el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**.[*Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2016 to 2017 insert for each applicable tier:* “Para 2016 usted pagó [*insert as appropriate* “un copago de $[*xx*]” *<or>* “un coseguro de [*xx*]%”] para medicamentos en este nivel. Para 2017, usted pagará [*insert as appropriate* “un copago de $[*xx*]” *<or>* “un coseguro de [*xx*]%]” por medicamentos en este nivel.”]  Los costos de esta fila son para un suministro de un mes (*[insert number of days in a one-month supply]* días) al surtir su receta en una farmacia de la red. [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “El número de días en un suministro de un mes ha cambiado de 2016 a 2017, como se indica en el cuadro.”] Para obtener información acerca de los costos *[insert as applicable:* para un suministro a largo plazo o por las recetas de pedido por *correo]* consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su *Evidencia de Cobertura.*  [*Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelo en la Lista de Medicamentos.] | Su costo por un suministro de un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes”] en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*Insert as applicable*: Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado $[*insert 2016 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2016 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] | Su costo por un suministro de un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes”] en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*Insert as applicable*: Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado $[*insert 2017 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] |

Cambios a las Etapas Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos - la Etapa Brecha de Cobertura y la Etapa Cobertura Catastrófica – son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa Brecha de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica**. [*Sponsors that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2016 to 2017 insert the following sentence. If many changes are being made, it may be repeated as necessary.* Para la [*insert coverage stage involved*] Etapa de cobertura, para medicamentos en los niveles] [*xx*] [*insert tiers*], su costo compartido cambia de [*insert whichever is appropriate* “un copago a un coseguro” *<or>* “un coseguro a un copago.”] Para obtener información acerca de los costos de estas etapas, consulte al Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura.*

SECCIÓN 3 Otros Cambios

*[This section is optional. Plans with administrative changes that impact members (e.g., changes in options for paying the monthly premium, changes in contract or PBP number) may insert this section and describe the changes in the table below. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed.]*

| Costo | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2016 administrative description]* | *[Insert 2017 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2016 administrative description]* | *[Insert 2017 administrative description]* |

SECCIÓN 4 Decidiendo Qué Plan Elegir

### Sección 4.1 – Si usted desea seguir en *[insert 2017 plan name]*

**Para seguir en su plan usted no necesita hacer nada.** Si no se apunta en un plan distinto ni se cambia a Medicare Original para el 7 de diciembre, se quedará inscrito automáticamente en nuestro plan para 2017.

### Sección 4.2 – Si usted desea cambiar de plan

Esperamos que se quede con nosotros como miembro el año que viene, pero si quiere cambiar para 2017, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

* Usted puede inscribirse en otro plan médico de Medicare,
* *-- OR*-- Usted puede cambiar a Medicare Original. Si usted cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea tener un plan Medicare de recetas médicas y si desea comprar una póliza de suplemento a Medicare (Medigap).

Para obtener mayor información acerca de Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted del 2017*, llame a su Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (consulte la Sección *[edit section number as needed]*6), o llame a Medicare (consulte la Sección *[edit section number as needed]*8.2).

Usted también puede localizar información acerca de los planes en su área, utilizando el Buscador de planes de Medicare en la página Web de Medicare. Visite la página Web [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/) y haga clic en “Localice planes médicos y de recetas médicas.” **En este, usted podrá localizar información acerca de costos, cobertura, y evaluaciones de calidad en cuanto a los planes de Medicare.**

[*Plans may choose to insert if applicable:* Como recordatorio, *[insert MAO name]* ofrece otros [*insert as applicable:* planes médicos de Medicare *AND/OR* planes Medicare de recetas médicas. Estos otros planes pueden variar en cuanto a cobertura, primas mensuales, y cantidades de costos compartidos.]]

Paso 2: Cambie su cobertura

* Para cambiar **a otro plan médico de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente se le dará de baja de *[insert 2017 plan name]*.
* [*MA-PD plans, insert:* Para **cambiar a Medicare Original incluyendo un plan de recetas médicas,** inscríbase en el nuevo plan de recetas médicas. Automáticamente se le dará de baja de *[insert 2017 plan name]*.]
* [*MA-only plans, insert:* Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados,** usted debe:
* Envíenos por escrito una solicitud para darse de baja de *[insert 2017 plan name]* o comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y pida ser dado de baja. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo darse de baja (los números telefónicos están en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto);
* *– y –* Comuníquese con el plan de medicamentos recetados de Medicare al que desea inscribirse y solicite la inscripción.]
* Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
  + Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos están en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto);
  + *– o –* Póngase en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y pida que se le cancele la inscripción. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Fechas límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, lo puede hacer a partir del **15 de octubre al 7 de diciembre.** Elcambio será efectivo el 1 de enero de 2017.

¿Existen otras fechas del año en las que pueda hacer un cambio?

En ciertas situaciones, se autorizan cambios en otras fechas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellas que obtienen “Ayuda adicional” para pagar por sus medicamentos, y aquellas que se muden fuera del área de servicio, están autorizadas a hacer un cambio en otras fechas del año. Para obtener más información, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 8 OR Capítulo 10], Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura.*

Si usted se inscribió en un plan de Medicare Advantage efectivo el 1 de enero de 2017, y no le gusta su elección, usted puede cambiar a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2017. Para más información, vea [*insert as applicable:* Capítulo 8 OR Capítulo 10], Sección 2.2 de la *Evidencia de Cobertura.*

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen consejos gratuitos acerca de Medicare

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]*

El Programa estatal de ayuda sobre el seguro médico (SHIP, en inglés) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros en cada estado. En *[insert state]*, el Programa SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan médico). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer localmente consejos **gratuitos** acerca del seguro médico a las personas con Medicare. Los consejeros de *[Insert state-specific SHIP name]* pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y contestar a sus preguntas acerca de cómo cambiar de planes. Usted puede comunicarse con *[insert state-specific SHIP name]* llamando al *[insert SHIP phone number]*. [*Plans may insert the following:* Usted puede saber más sobre *[insert state-specific SHIP name]* al visitar su sitio web (*[insert SHIP website]*).]

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar por las recetas médicas

Tal vez usted califique para obtener ayuda para pagar por las recetas médicas. *[Plans in states without SPAPs, delete the next sentence]* Hay continuación se presentan distintos tipos de ayuda:

* **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados tal vez califiquen para “Ayuda adicional” para pagar por los costos de sus recetas médicas. Si usted califica, Medicare tal vez pague hasta el 75% o más de sus costos de recetas médicas incluyendo las primas mensuales de recetas médicas, los deducibles anuales, y el coseguro. Además, aquellas personas que califiquen no tendrán una interrupción de cobertura ni una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para averiguar si usted califica, llame al:
  + 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana;
  + A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
  + Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
* *[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this bullet.] [Organizations offering plans in multiple states: Revise this bullet to use the generic name (“State Pharmaceutical Assistance Program”) when necessary, and include a list of names for all SPAPs in your service area.]* **Ayuda del Programa de asistencia farmacéutica** **de su estado.** *[Insert state name]* ofrece un programa llamado *[insert state-specific SPAP name]* que ayuda a las persona a pagar por recetas médicas en base a sus necesidades financieras, edad, o afección médica*.* Para averiguar más acerca del programa, consulte el Programa estatal de ayuda sobre el seguro médico (el nombre y los números de teléfono para esta organización se encuentran en la Sección *[edit section number as needed]* 6 de esta publicación).
* *[Plans with an ADAP in their state(s) that do NOT provide Insurance Assistance should delete this bullet.] [Plans with no Part D drug cost-sharing should delete this section.]***Asistencia de costos compartidos de Medicamentos Recetados para personas con VIH/SIDA** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)ayuda a garantizar que los individuos elegibles al ADAP que viven con VIH/ SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y el estado de VIH, de bajos ingresos según lo definido por el Estado, y no asegurados /estado subasegurados. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la prescripción de asistencia de costo compartido a través del *[insert State-specific ADAP name and information].* Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame a *[insert State-specific ADAP contact information].*

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

### Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de *[insert 2017 plan name]*

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Por favor, llame a Servicios para Miembros al *[insert member services phone number].* (TTY solamente, llame al *[insert TTY number]*.) Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas *[insert days and hours of operation]*. [*Insert if applicable:* Las llamadas a estos números son gratuitas.]

Lea su *Evidencia de Cobertura* de 2017 (tiene detalles acerca de los beneficios y costos del año que viene)

Este *Aviso Anual de Cambios* le da un resumen de los cambios de sus beneficios y costos para 2017. Para más detalles, examine la *Evidencia de Cobertura* para el 2017 de *[insert 2017 plan name].* La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las reglas que usted debe seguir para obtener los servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* está adjunta en esta publicación.

Visite nuestro sitio Web

Usted también puede visitar a nuestro sitio Web *[insert URL]*. Como recordatorio, nuestra página de Internet tiene información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) *[MA-only plans, omit]* y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

### Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda directamente de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio Web de Medicare

Usted puede visitar el sitio Web de Medicare ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)). Éste contiene toda la información acerca de costos, cobertura, y evaluaciones de calidad para ayudarle a comparar los diferentes planes médicos de Medicare. Puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área utilizando el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/) y haga clic en "Comparar Planes de Medicamentos y de Salud.")

Lea *Medicare y Usted del 2017*

Puede leer el manual *Medicare & Usted 2017*. Cada otoño, enviamos esta publicación por correo a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficio, derechos, y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no dispone de una copia de esta publicación, puede obtenerla visitando el sitio Web de Medicare ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**[2017 EOC model]**

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017**

# Evidencia de Cobertura:

**Sus beneficios y servicios médicos de Medicare** [*insert if applicable:* **y cobertura de medicamentos recetados**] **como miembro de *[insert 2017 plan name] [insert plan type]***

*[****Optional:*** *insert beneficiary name]  
[****Optional:*** *insert beneficiary address]*

Este manual le proporciona los detalles de su cobertura de atención médica de Medicare [*insert if applicable:* y de medicamentos recetados] desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2017. En él se explica cómo obtener la cobertura de los servicios de atención médica [*insert if applicable:* y de los medicamentos recetados] que usted necesita.   
**Es un importante documento legal. Por favor, guárdelo en un sitio seguro.**

Este plan, *[insert 2017 plan name]*,es ofrecido por *[insert MAO name].* (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* aparecen las palabras“nosotros,” o “nuestro,” significa *[insert MAO name].* Cuando aparecen las palabras “plan” o “nuestro plan”, significa *[insert 2017 plan name]*.

*[Insert Federal contracting statement]*

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Esta información está disponible gratis en otros idiomas.

Por favor, comuníquese con nuestros Servicios para Miembros llamando al *[insert phone number]* para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number].*) Nuestros horarios son *[insert days and hours of operation]*.]

Nuestros Servicios para Miembros [*plans that meet the 5% threshold insert:* también] ofrecen servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés *[plans that meet the 5% threshold delete the rest of this sentence]* (los números de teléfono están indicados en la contraportada de esta publicación).

*[Plans that meet the 5% threshold insert the paragraph above in all applicable languages.]*

*[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2018.

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* [El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores] pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

*[Insert as applicable: [insert Material ID]* Aprobación de CMS[MMDDYYYY] *OR [insert Material ID]* Presentar y Usar [MMDDYYYY]*]*

**Evidencia de Cobertura para el 2017**

**Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Para localizar más fácilmente la información que usted necesite, consulte la primera página de cualquier capítulo. **Usted encontrará una lista detallada acerca de diferentes temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Por dónde empezar una vez que usted es miembro 5

Explica lo que significa ser miembro de un plan médico de Medicare y cómo utilizar esta publicación. Explica los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener su expediente de afiliación al día.

Capítulo 2. Números de teléfono y datos importantes 25

Le dice cómo ponerse en contacto con nuestro plan (*[insert 2017 plan name]*) y con otras organizaciones que incluyen Medicare, el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de Calidad, Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para las personas de bajos ingresos), [*insert if applicable:* programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados,] y la Cámara de Jubilados del Ferrocarril.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener   
sus servicios médicos 47

Explica cosas importantes que necesita saber para obtener su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo utilizar los proveedores de la red del plan, y cómo obtener cuidados cuando usted tenga una emergencia. Capítulo 4.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y   
cuánto paga usted) 64

Da los detalles acerca de qué tipos de atención médica están cubiertos y *no están* cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica qué porción de los costos usted pagará por sus cuidados médicos cubiertos.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 104

*[MA-only plans: omit Chapter 5]* Explica las reglas que debe seguir para obtener para sus medicamentos recetados de la Parte D. Explica cómo utilizar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Le dice que tipo de medicamentos *no* se cubren. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Informa sobre los programas del plan para la seguridad y administración de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga para sus medicamentos de receta de la Parte D 133

*[MA-only plans omit Chapter 6]* Informa sobre las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (Etapa de Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Brecha de Cobertura, Etapa de Cobertura Catastrófica) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y le informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido. Le informa sobre la multa por inscripción tardía.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos cubiertos *[*if applicable: o medicamentos] 167

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* o medicamentos].

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 176

Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Indica lo que puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 189

Le indica qué hacer paso a paso si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

* Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica [*insert is appliable:* o medicamentos recetados] que usted cree que [*insert as applicable:* está *OR* están] cubierta por nuestro plan. Esto incluye [*insert is applicable:* pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales a su cobertura de medicamentos recetados, y] pedirnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura está terminando antes de tiempo.
* Explica cómo presentar quejas acerca de la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente, y otras preocupaciones.

Capítulo 10. Terminar su membresía en el plan 252

Explica cuándo y cómo usted puede cancelar su plan. Explica las situaciones en las que nuestro plan está obligado a cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos Legales 265

Incluye avisos acerca de la ley y acerca de la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 268

Explica el significado de términos importantes utilizados en esta publicación.

CAPÍTULO 1

Por dónde empezar una vez que usted es miembro

## Capítulo 1. Por dónde empezar una vez que usted es miembro

SECCIÓN 1 Introducción 7

Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2017 plan name]*, que es un plan Privado de Medicare de Pago-por-Servicio 7

Sección 1.2 ¿En qué consiste la publicación *Evidencia de cobertura*? 7

Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de Cobertura* 7

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 8

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 8

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

Sección 2.3 Área de servicio para *[insert 2017 plan name]* 9

Sección 2.4 Ciudadano de EE. UU. o presencia legal 10

SECCIÓN 3 ¿Qué otros documentos recibirá usted de nosotros? 10

Sección 3.1 Su tarjeta como miembro de nuestro plan – Utilícela para obtener toda la atención cubierta [*insert if applicable:* y los medicamentos recetados] 10

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

Sección 3.3 La *Lista de Farmacias:* Su guía a las farmacias en nuestra red 12

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan 13

Sección 3.5 La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la “EOB de la Parte D”): Reportes con resumen de los pagos realizados para sus medicamentos recetados de la Parte D 14

SECCIÓN 4 Su prima mensual para *[insert 2017 plan name]* 15

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta su prima del plan? 15

Sección 4.2 Existen varias maneras de pagar su prima del plan 17

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? 20

SECCIÓN 5 Mantenga su registro de membresía en el plan al día 21

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos información correcta acerca de usted 21

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal 22

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida 22

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros tipos de seguro con nuestro plan 22

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 22

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2017 plan name]*, que es un plan Privado de Medicare de Pago-por-Servicio

Usted está cubierto por Medicare, y ha elegido recibir su atención médica de Medicare, [*insert if applicable:* y su cobertura de medicamentos recetados] a través de nuestro plan, *[insert 2017 plan name]*.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. *[Insert 2017 plan name]* es un Plan Privado de Medicare Advantage de Pago-por-Servicio (PFFS). [*Insert if applicable:* Este plan no incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.] Como todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare PFFS está aprobado por Medicare y lo administra una compañía privada.

#### Sección 1.2 ¿En qué consiste la publicación *Evidencia de cobertura*?

Esta publicación *Evidencia de Cobertura* le informa cómo obtener su atención médica de Medicare [*insert if applicable:* y medicamentos recetados] cubiertos a través de nuestro plan. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y servicios médicos [*insert if applicable:* y medicamentos recetados] disponibles para usted como miembro de *[insert 2017 plan name]*.

Es importante que aprenda cuáles son las reglas del plan y qué cobertura está disponible para usted. Lo animamos a que dedique un tiempo a hojear este folleto de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado o tiene alguna pregunta, sírvase comunicarse con Servicios para los Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

#### Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de Cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo *[insert 2017 plan name]*cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, [*insert if applicable:* la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario*)], y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que esté inscrito en *[insert 2017 plan name]* entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *[insert 2017 plan name]* después del 31 de diciembre de 2017. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio distinta, después del 31 de diciembre de 2017.

Cada año Medicare tiene que aprobar nuestro plan

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Services) tiene que aprobar *[insert 2017 plan name]* cada año. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

### SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

#### Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

*Es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que:*

* Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
* *-- and --* Vive en nuestra área geográfica de servicios (la sección 2.3 de más adelante describe nuestra área de servicio)
* -- *and* -- usted es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos
* *-- and --* usted *no* tiene una Enfermedad Renal de Etapa Final (End-Stage Renal Disease - ESRD), con excepciones limitadas, tales como si desarrolla ESRD cuando es ya miembro de un plan que ofrecemos, o si era miembro de otro plan que se dio por terminado.

#### Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez a Medicare, usted recibió información sobre qué servicios están cubiertos bajo la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

* Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir servicios provistos por hospitales (para servicios de paciente interno, clínicas de enfermería especializada, o agencias de salud en el hogar.
* La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios del médico y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero y suministros).

#### Sección 2.3 Área de servicio para *[insert 2017 plan name]*

Aunque Medicare es un programa Federal, *[insert 2017 plan name]* está disponible solamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted *[if a “continuation area” is offered under 42 CFR 422.54, insert “generally” here, and add a sentence describing the continuation area]* debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. Esta área de servicio está descrita [*insert as appropriate:* más abajo *OR* en un apéndice de esta *Evidencia de cobertura*].

[*Insert plan service area here or within an appendix. Plans may include references to territories as appropriate. Use county name only if approved for entire county. For partially approved counties, use county name plus zip code. Examples of the format for describing the service area are provided below. If needed, plans may insert more than one row to describe their service area:*

Nuestra área de servicio incluye los 50 estados   
Nuestra área de servicio incluye estos estados: *[insert states]*   
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de *[insert state]*: *[insert counties]*   
Nuestra área de servicio incluye estas partes de los condados en *[insert state]*: *[insert county]*, únicamente en los códigos postales *[insert zip codes]*]

[*Optional info: multi-state plans may include the following:* Ofrecemos cobertura en[*insert as applicable:* varios *OR* todos]los estados[*insert if applicable:* y territorios]*.* Sin embargo, tal vez existan diferencias de costos y otras diferencias entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si usted se muda fuera del estado [*insert if applicable:* o territorio]a otro estado [*insert if applicable:* o territorio]que esté todavía dentro de nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios para Miembros a fin de actualizar su información*. [National plans delete the rest of this paragraph]* Si se muda a un estado [*insert if applicable:* o territorio*]* que está fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan. Por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros para averiguar si ofrecemos un plan en su nuevo estado [*insert if applicable:* o territorio].]

Si usted planea mudarse fuera del área de servicio, por favor, comuníquese con nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). Cuando se mude, tendrá un Periodo de inscripción especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de recetas médicas de Medicare que esté disponible en su nueva localización.

También es importante que usted llame al Seguro Social si usted se muda o cambia su dirección postal. Usted puede localizar los números de teléfono y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

#### Sección 2.4 Ciudadano de EE. UU. o presencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de EE. UU. o estar presente legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Services) le notificarán *[insert 2017 plan name]* si no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. *[Insert 2017 plan name]* debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

### SECCIÓN 3 ¿Qué otros documentos recibirá usted de nosotros?

#### Sección 3.1 Su tarjeta como miembro de nuestro plan – Utilícela para obtener toda la atención cubierta [*insert if applicable:* y los medicamentos recetados]

*[Plans that use separate membership cards for health and drug coverage should edit the following section to reflect the use of multiple cards.]*

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía de nuestro plan siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan [*insert if applicable:* y para los medicamentos recetados que recibe en las farmacias de la red]. Más abajo puede ver un ejemplo de tarjeta de membresía similar a la que usted tendrá:

*[Insert picture of front and back of member ID card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word “sample” on the image of the card.]*

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, **no debe usar su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (a excepción de estudios de examen clínico de rutina, y servicios de hospicio). Guarde su tarjeta de Medicare roja, blanca, y azul en un lugar seguro por si la necesitara más tarde.

**Por qué esto es tan importante:** Si obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en vez de utilizar su tarjeta de miembro de *[insert 2017 plan name]* mientras es miembro del plan, puede que tenga que pagar el costo completo usted mismo.

Si su tarjeta como miembro del plan se daña, se extravía o es robada, llame a nuestros Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

#### Sección 3.2 La *Lista de proveedores*: Su guía de todos los proveedores en la red del plan

*[Note: PFFS plans without a provider network can exclude this section.]*

*[Plans with combined provider and pharmacy directories may combine and edit the provider and pharmacy directory sections (including section titles) to describe the combined document. Plans should renumber sections as needed and revise references to “Provider Directory” to use the actual name of the document throughout the model.]*

La *Lista de proveedores* detalla los proveedores de la red [*insert if applicable*: y proveedores de equipo médico duradero].

¿Qué son los “proveedores de la red”?

**Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, [*insert if applicable*: y proveedores de equipo médico duradero] hospitales y otros centros de atención médica con los que hemos firmado contratos para prestar [*insert if applicable:* ciertos] servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Estos proveedores ya han aceptado atender a los miembros de nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección 1.2 para obtener información sobre las reglas para obtener los servicios cubiertos bajo nuestro plan. [*Insert as applicable*: Incluimos una copia de nuestra lista de proveedores de equipo médico duradero en el sobre con este folleto.] La lista más reciente de proveedores [*insert as applicable*: también] está disponible en nuestro sitio web en *[insert URL]*.]

[*Full network PFFS plans insert:* Tenemos proveedores de la red para todos los servicios cubiertos por Medicare Original *[indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]*. Usted todavía puede recibir los servicios cubiertos por parte de proveedores fuera de la red (aquellos que no tienen un contrato firmado con nuestro plan), siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan, tal como se describe en el Capítulo 3, Sección 1.2.]

[*Partial network PFFS plans insert*: Tenemos proveedores de la red para *[indicate what category or categories of services for which network providers are available]*. Para los servicios de los cuales los proveedores de la red no están disponibles, usted puede recibir servicios cubiertos de cualquier proveedor que se compromete a aceptar los términos y condiciones de nuestro plan de pago, tal como se describe en el Capítulo 3, Sección 1.2.] Para los servicios para los cuales los proveedores de la red no están disponibles, usted puede recibir servicios cubiertos de cualquier proveedor que se comprometa a aceptar los términos y condiciones de nuestro pago de nuestro plan, tal como se describe en el Capítulo 3, Sección 1.2.]

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

Hay varias razones por qué es importante para usted saber si nuestro plan utiliza una red y si es así, qué proveedores forman parte de la red del plan:

* Un proveedor de la red debe otorgarle atención mientras un proveedor fuera de la red tiene el derecho de negarse a atenderlo;
* *[Insert if applicable]* Un proveedor de la red le cobrará menos costo compartido que un proveedor fuera de la red. *[Partial and full network PFFS plans should describe whether or not the plan has established any higher cost-sharing requirements if the member obtains a covered service from a deemed (out-of-network) provider.]* [*Insert the following sentence if the plan includes such differential cost-sharing:* La cantidad de costo compartido que paga a un proveedor que no es uno de nuestros proveedores de la red puede ser más que el costo compartido que paga a un proveedor de la red. En la Tabla de Beneficios Médicos del plan en el Capítulo 4 de este folleto indicamos la diferencia en el costo compartido de los servicios entre los proveedores fuera de la red y los proveedores de la red.]
* Nuestro plan pagará por todos los servicios que reciba de un proveedor de la red (incluyendo los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red cuando se le dirige a ver a ese proveedor por el plan o un proveedor de la red). Si por su cuenta, usted decide ver a un proveedor fuera de la red que acepta los términos y condiciones de nuestro plan de pago, usted y el proveedor tienen derecho de solicitar una decisión de cobertura por escrito, antes de que usted reciba el servicio, para confirmar que el servicio es médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, será pagado por el plan.[*Insert as applicable:* El Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado.
* En la red de nuestro plan, debemos proporcionar un número y gama de proveedores suficiente para satisfacer sus necesidades.

*[Note: Plans without a provider directory exclude following paragraph.]*

Si usted no dispone de su copia de la *Lista de proveedores*, puede solicitar una copia de nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). Usted puede solicitar de nuestros Servicios para Miembros más información acerca de nuestra red de proveedores, incluyendo sus calificaciones. [*Plans may add additional information describing the information available in the provider directory, on the plan’s website, or from Member Services. For example:* Usted también puede consultar o descargar la *Lista de proveedores* visitando el sitio Web *[insert URL]*. Tanto los Servicios para Miembros como la página Web pueden facilitarle la información más actualizada acerca de los cambios en los proveedores de nuestra red.]

#### Sección 3.3 La *Lista de Farmacias:* Su guía a las farmacias en nuestra red

*[PFFS plans without Part D coverage may omit this section.]*

*[Plans with combined provider and pharmacy directories may combine and edit the provider and pharmacy directory sections (including section titles) to describe the combined document. Plans should renumber sections as needed and revise references to the “Pharmacy Directory” to use the actual name of the document throughout the model.]*

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias han acordado surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber sobre las farmacias de la red?

Usted puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiere usar. *[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* Para el próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestra Lista de farmacias en el sobre junto con esta publicación.] En nuestro sitio de web [*insert URL*] podrá encontrar el Directorio de Farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los Miembros para que le den información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo una Lista de farmacias. **Sírvase revisar la Lista de farmacias del 2017 para que vea qué farmacias están en nuestra red**.

*OR*

[*For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network]* Nuestra red ha cambiado más de lo usual para 2017. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestra Lista de farmacias en el sobre junto con esta publicación.] En nuestro sitio de Internet [*insert URL*] podrá encontrar la Lista de Farmacias actualizado. [insert URL]. También puede llamar a Servicios para los Miembros para que le den información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo una Lista de farmacias. **Sírvase revisar la Lista de farmacias actual para que vea si su farmacia todavía están nuestra red.** Esto es importante porque, con unas pocas excepciones, usted debe surtir sus medicamentos por receta en una farmacia de la red si desea que nuestro plan los cubra (le ayude a pagarlos).

*[Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its network:* La *Lista de Farmacias* también le dirá cuál de las farmacias de nuestra red han preferido costo compartido, que puede ser menos que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red.]

Si no tiene la *Lista de Farmacias,*  puede solicitar una copia a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [*insert URL*]. *[Plans may add detail describing additional information about network pharmacies available from Member Services or on the website.]*

#### Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan

*[PFFS plans without Part D coverage may omit this section.]*

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).* La llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar. La lista indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en *[insert 2017 plan name]*. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de *[insert 2017 plan name]*.

La Lista de Medicamentos le informa si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (*[insert URL]*) o llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

#### Sección 3.5 La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la “EOB de la Parte D”): Reportes con resumen de los pagos realizados para sus medicamentos recetados de la Parte D

*[PFFS plans without Part D coverage may omit this section.]*

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un reporte resumido para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este resumen se llama *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre, se han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le ofrece más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y cómo puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* también está disponible a petición. Para obtener una copia, comuníquese con Servicos para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

*[Note: Plans may insert other methods that members can get their Part D Explanation of Benefits.]*

### SECCIÓN 4 Su prima mensual para *[insert 2017 plan name]*

#### Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta su prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual. [*Select one of the following:* Para 2017, la prima mensual de *[insert 2017 plan name]* es *[insert monthly premium amount];* *OR* La siguiente tabla muestra la cantidad de prima mensual del plan para cada región que servimos; *OR* La siguiente tabla muestra la cantidad de prima mensual del plan para cada plan que ofrecemos en el área de servicio; *OR* El monto de la prima mensual de *[insert 2017 plan name]* aparece en *[describe attachment]*. *[Plans may insert a list of or table with the state/region and monthly plan premium amount for each area included within the EOC. Plans may also include premium(s) in an attachment to the EOC.]*] Además, deberá continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B se la pague Medicaid o un tercero).

[*Plans with no premium should replace the preceding paragraph with:* Usted no paga una prima mensual separada para *[insert 2017 plan name]*. Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B sea pagada por Medicaid o un tercero).]

[*Insert if applicable:* Su cobertura es facilitada a través de un contrato con su empleador actual o un empleador previo o un sindicato. Por favor, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o del sindicato para obtener información acerca de la prima de su plan.]

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menos

*[MA-only plans and plans with no monthly premium: Omit this subsection.]*

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados pagar por sus medicamentos. Estos incluyen el programa de “Ayuda Adicional” y Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica; *OR* El programa de “Ayuda Adicional” ayuda a personas con recursos limitados pagar por sus medicamentos.] El Capítulo 2, Sección 7 le informa más sobre [*insert as applicable:* estos programas *OR* este programa]. Si califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas de esta *Evidencia de Cobertura* [***insert as applicable****:* puede no aplicarse** *OR* **no se aplican] a usted**. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider]*Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *OR* le hemos enviado] un documento llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Medicamentos Recetados”, (también conocida como la “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”) que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, por favor llame a Servicios para Miembros y pregunte sobre el “Cláusula Adicional LIS”. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

En algunos casos, la prima de su plan puede ser más elevada

*[MA-only plans that do not offer optional supplemental benefits, may delete this section.]*

[*MA-only plans that offer optional supplemental benefits replace the text below with the following:* En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser más que la cantidad que aparece en la Sección 4.1.Si usted se inscribió para tener beneficios adicionales, también conocidos como “beneficios suplementarios opcionales”, usted pagará una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de las primas de nuestro plan, por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). *[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section.]*]

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser mayor a la cantidad que se dio antes en la Sección 4.1. [*Insert as appropriate:* Estas situaciones se describen *OR* Está situación se describe] a continuación.

* [*Insert if applicable:* Si usted se inscribió para tener beneficios adicionales, también conocidos como “beneficios suplementarios opcionales”, usted pagará una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de las primas de nuestro plan, por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). *[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section.]*]
* *[MA-only plans omit]* Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque estuvieron un período continuo de 63 días o más sin cobertura “válida” de medicamentos recetados. (“Válida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.) Para estos miembros, la multa por inscripción tardía se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual del plan más el monto de su multa por inscripción tardía.
  + Si usted está obligado a pagar la multa por inscripción tardía, el monto de la multa dependerá de cuánto tiempo esperó antes de inscribirse en la cobertura de medicamentos o cuántos meses estuvo sin cobertura de medicamentos después de ser elegible. El Capítulo 6, Sección 10 explica la multa por inscripción tardía.
  + Si tiene una multa por inscripción tardía y no la paga, podría ser dado de baja del plan.

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may describe the benefit within this section.]*

[*Plans with no monthly premium, omit:* Además de pagar la prima mensual del plan,] muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explicó en la Sección 2, para sr elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por esta razón, algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parta A sin pagar una prima) pagan una prima para la Parte A de Medicare. Además, la mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

*[MA-only plans omit]* Algunas personas pagan una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales; esto se conoce como el Ajuste Mensual Relacionado A Los Ingresos Anuales, también conocido como IRMAA. Si su ingreso es mayor a $*[insert amount]* para una persona (o personas casadas que declaran por separado) o mayor a $*[insert amount]* para parejas casadas, **debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no el plan de Medicare)** para su cobertura de medicare parte D.

* **Si debe pagar la cantidad adicional y no la paga, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
* Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional.
* Para obtener más información sobre las primas de la Parte D basadas en los ingresos, consulte el Capítulo 6, Sección 11 de este folleto. También puede visitar [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/) en el Internet o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O usted puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted del 2017* proporciona información sobre las primas de Medicare en la sección llamada “Costos de Medicare para 2017”. Esto explica en qué se diferencian las primas de la Parte B [*MA-PD plans insert:* y la Parte D de Medicare] [*MA-only plans insert:* se diferencia en primas] para personas con distintos ingreso. Toda persona con Medicare recibe una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Aquellos que son nuevos en Medicare la reciben en un plazo de un mes después de inscribirse. Usted también puede descargar una copia de *Medicare y Usted del 2017* si visita el sitio web de Medicare ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)). O, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 4.2 Existen varias maneras de pagar su prima del plan

*[MA-only plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly premium: Delete this section.]*

*[MA-PD plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly premium: Rename this section, “If you pay a Part D late enrollment penalty, there are several ways you can pay your penalty,” and use the alternative text as instructed below.]*

Existen *[insert number of payment options]* maneras de pagar la prima de su plan. *[Plans must indicate how the member can inform the plan of their premium payment option choice and the procedure for changing that choice.]*

Si usted decide cambiar la manera de pagar su prima, pueden transcurrir hasta tres meses para que el nuevo método de pago sea efectivo. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted debe asegurarse de que la prima de su plan es pagada oportunamente.

[*MA-PD plans without a monthly premium: Replace the preceding two paragraphs with the following:* Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen *[insert number of payment options]* formas en las que puede pagarla *[Plans must indicate how the member can inform the plan of their premium payment option choice and the procedure for changing that choice.]*

[Si decide cambiar la forma en que paga su multa por inscripcióntardía, puede tomar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multapor inscripción se pague a tiempo.]

Opción 1: Usted puede pagar por medio de un cheque

*[Insert plan specifics regarding premium/penalty payment intervals (e.g., monthly, quarterly- please note that beneficiaries must have the option to pay their premiums monthly), how they can pay by check, including an address, whether they can drop off a check in person, and by what day the check must be received (e.g., the 5th of each month). It should be emphasized that checks should be made payable to the plan and not CMS nor HHS. If the Plan uses coupon books, explain when they will receive it and to call Member Services for a new one if they run out or lose it. In addition, include information if you charge for bounced checks.]*

Opción 2: *[Insert option type]*

*[If applicable: Insert information about other payment options. Or delete this section.*

*Include information about all relevant choices (e.g., automatically withdrawn from your checking or savings account, charged directly to your credit or debit card, or billed each month directly by the plan). Insert information on the frequency of automatic deductions (e.g., monthly, quarterly – please note that beneficiaries must have the option to pay their premiums monthly), the approximate day of the month the deduction will be made, and how this can be set up. Please note that furnishing discounts for enrollees who use direct payment electronic payment methods is prohibited.]*

Opción *[insert number]*: Usted puede hacer que la [*plans with a premium insert:* la prima del plan] [*plans without a premium insert:* la multa por inscripción tardía] descontada de su cheque mensual del Seguro Social.

Usted puede hacer que la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] se le descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa] de esta manera. Le ayudaremos gustosamente a habilitar este método. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

Qué hacer si se le está haciendo difícil pagar su [*plans with a premium insert:* la prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía]

*[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

Su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] debe ser recibida en nuestra oficina antes del *[insert day of the month]*. Si no hemos recibido el pago de su [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa] antes del *[insert day of the month]*, le enviaremos una notificación que la membresíaa de su plan terminará si no recibimos su [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] dentro de *[insert length of plan grace period]*. Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si usted está teniendo problemas para pgar su [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] a tiempo, por favor comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos dirigirlo a programas que le ayudarán con su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa]. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

Si finalizamos su membresía porque usted no pagó su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía], usted tendrá cobertura de salud bajo Medicare Original.

[*MA-PD plans insert:* Si cancelamos su membresía en el plan porque no ha pagado su [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía], y actualmente no tienen cobertura de medicamentos recetados, entonces es posible que no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción anual, puede unirse a un plan de medicamentos recetados independiente o a un plan de salud que también tenga cobertura de medicamentos. (Si permanece sin cobertura de medicamentos “válida” por más de 63 días, es posible que usted tenga que pagar una multa por inscripción tardía durante el tiempo que usted tenga cobertura de la Parte D.)] [*Insert if applicable:* Al momento en que finalizamos su membresía, es posible que nos deba la [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* la multa] que no haya pagado. *[Insert one or both statements as applicable for the plan:* Tenemos derecho a demandar el pago de [*plans with a premium insert:* la prima] [*plans without a premium insert:* del monto de la multa] que debe. *AND/OR* En el futuro, si quiere inscribirse en nuestro plan otra vez (o en otro plan que ofrezcamos), necesitará pagar la cantidad que deba antes de poder inscribirse.]

Si usted piensa que hemos terminado su membresía erróneamente, usted tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión presentando una queja. [*Insert as applicable:* Capítulo 9 *OR* Capítulo 7], [*insert as applicable:* Sección 10 *OR* Sección 7] de este folleto le indica cómo presentar una queja. Si usted ha tenido una emergencia fuera de su control que causó que usted no pudiera pagar sus primas dentro del periodo de gracia, puede solicitar que Medicare reconsidere esta decisión llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

**No.** [*Plans with no premium replace next sentence with the following:* No estamos autorizados a empezar a cobrar una prima mensual para el plan durante el año.] No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en el mes de septiembre y el cambio será efectivo el 1 de enero.

*[MA-only plans: delete this paragraph]* Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si se hace elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año. Si un miembro es elegible para “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos de receta, el programa “Ayuda Adicional” pagará parte de la prima de plan mensual del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Usted puede encontrar más información acerca de “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

[*MA-PD plans with no premium replace paragraph above with the following:* Sin embargo, en algunos casos, es posible que tenga que empezar a pagar o puede ser capaz de dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si usted tuvo un período continuo de 63 días o más en lo que los que no tuvo cobertura “válida” de medicamentos recetados.) Esto podría suceder si usted es elegible para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda Adicional" durante el año:

* Si actualmente paga la multa por inscripción tardía y es elegible para la “Ayuda Adicional” durante el año, usted podría dejar de pagar su multa.
* Si alguna vez pierde la “Ayuda Adicional”, debe conservar su cobertura de la Parte D o podría estar sujeto a una multa por inscripción tardía.

Puede averiguar más acerca del programa de “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.]

### SECCIÓN 5 Mantenga su registro de membresía en el plan al día

#### Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos información correcta acerca de usted

*[In the heading and this section, plans should substitute the name used for this file if different from “membership record.”]*

Su registro de membresía contiene información facilitada en su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura de su plan específico [*insert as appropriate:* incluyendo su Proveedor de cuidados primarios/Grupo médico/IPA].

Los médicos, hospitales, [*insert if applicable:* farmacéuticos,] y otros proveedores en la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios** [*insert if applicable:* **y medicamentos**] **están cubiertos y los montos de su costo compartido.** Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

[*Non-network PFFS delete paragraph above and replace with:* Utilizamos la información en su registro de membresía para proveerle su cobertura y para coordinar sus beneficios con cualquier otro seguro que tenga. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Infórmenos acerca de estos cambios:

* Cambios en su nombre, su dirección, o su número de teléfono
* Cambios en la cobertura de cualquier otro seguro médico que usted tenga (tales como de su empleador, el empleador de su cónyuge, seguro del trabajador, o Medicaid)
* Si usted tiene cualquier reclamo por responsabilidad, tales como un reclamo de seguro de automóvil
* Si ha sido ingresado en un asilo de ancianos
* Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencia fuera del área [*insert if applicable:* o fuera de la red]
* Si cambia la persona responsable por usted (como por ejemplo su cuidador)
* Si usted está participando en un estudio de investigación clínica

Si cualquiera de estas informaciones cambia, por favor, háganoslo saber llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). *[Plans that allow members to update this information on-line may describe that option here.]*

También es importante que se comunique con el Seguro Social si usted se muda o cambia su dirección postal. Usted puede localizar los números de teléfono y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Lea toda la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* Medicare requiere que recopilemos datos acerca de cualquier otro seguro médico o de recetas médicas que usted tenga. Eso es debido a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga, con sus beneficios bajo su plan. (Para obtener más información acerca de cómo su cobertura funciona cuando usted tiene otro seguro médico, consulte la Sección 7 de este capítulo.)

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico [*insert if applicable:* y de medicamentos] de las que tengamos conocimiento. Por favor, lea esta información detalladamente. Si es correcta, usted no tendrá que hacer nada. Si la información es incorrecta, o si usted tiene otra cobertura que no está detallada, por favor, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).

### SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

#### Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico y su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo requerido por estas leyes.

Para obtener más información acerca de cómo protegemos su información personal de salud, por favor vaya al [*insert as applicable:* Capítulo 8 *OR* Capítulo 6], Sección 1.4 de este folleto.

### SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros tipos de seguro con nuestro plan

#### Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (tal como cobertura grupal 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 el “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga después, denominado “pagador secundario,” sólo paga si existe algún costo que no esté cubierto por la cubertura primaria. El pagador secundario tal vez no pague todos los costos no cubiertos por el pagador primario.

Estas reglas aplican a la cobertura de planes médicos a través de empleadores o sindicatos:

* Si usted tiene cobertura de retirado, Medicare paga primero.
* Si su cobertura de plan médico grupal se basa en el empleo actual suyo o de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, el número de personas que emplea su empleador, y si tiene Medicare basada en edad, incapacidad, o Enfermedad Renal de Etapa Final (End-Stage Renal Disease - ESRD):
  + Si usted tiene menos de 65 años, está discapacitado, y usted o un familiar aún están trabajando, su plan grupal de salud paga primero si el empleador emplea 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan con empleadores múltiples emplea más de 100 empleados.
  + Si usted tiene 65 años o más y usted o un familiar aún están trabajando, su plan grupal de salud paga primero si el empleador emplea 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan con empleadores múltiples emplea más de 20 empleados.
* Si usted tiene Medicare debido a ESRD, su plan médico grupal pagará primero durante los 30 primeros meses después de que usted sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura usualmente pagan primero por los servicios relacionados a cada tipo:

* Seguro a todo riesgo (incluyendo seguro de automóvil)
* Responsabilidad civil (incluyendo seguro de automóvil)
* Beneficios por pulmón negro
* Seguro del trabajador

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que Medicare, los planes de seguro médico grupales, y/o Medigap hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, hágaselo saber a su médico, hospital, y farmacia. Si usted tiene preguntas acerca de quién paga primero, o necesita actualizar la información acerca de su otro seguro, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). Tal vez usted tenga que facilitar su número de identidad con su plan a sus demás aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas sean pagadas correcta y oportunamente.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y datos importantes

## Capítulo 2. Números de teléfono y datos importantes

SECCIÓN 1 Números de Contacto de *[Insert 2017 plan name]* (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo contactar nuestros Servicios para Miembros del plan) 26

SECCIÓN 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información del programa federal de Medicare) 33

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (ayuda e información gratuitas y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare) 36

SECCIÓN 4 Organización de mejoramiento de la calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de los cuidados para las personas con Medicare) 37

SECCIÓN 5 Seguro Social 38

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados) 39

SECCÍON 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados 40

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 44

SECCIÓN 9 ¿Tiene usted “seguro grupal” u otro seguro médico a través de un empleador? 45

### SECCIÓN 1 Números de Contacto de *[Insert 2017 plan name]* (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo contactar nuestros Servicios para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con nuestros Servicios para Miembros dentro del plan

Para obtener ayuda con sus reclamos, facturas o preguntas acerca de su tarjeta como miembro, por favor llame o escriba a nuestros Servicios para Miembros de *[insert 2017 plan name]*. Lo ayudaremos gustosamente.

| Método | Servicios para Miembros – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este teléfono son gratis. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Servicios para Miembros también ofrecen servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]*  *[Note: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

*[Note: If your plan uses the same contact information for the Part C and Part D issues indicated below, you may combine the appropriate sections and revise the section titles and paragraphs as needed.]*

Cómo comunicarse con nosotros si está solicitando una decisión de cobertura acerca de su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones acerca de su atención médica, consulte [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*).

Usted nos puede llamar si tiene preguntas acerca de nuestros procesos de decisión de cobertura.

| Método | Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][Note: You may also include reference to 24-hour lines here.][Note: If you have a different number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][Note: If you have a different TTY number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number][Note: If you have a different fax number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address][Note: If you have a different address for accepting expedited organization determinations, also include that address here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Optional: Insert URL]* |

Cómo comunicarse con nosotros si está presentando una apelación acerca de su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* 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 |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][Note: You may also include reference to 24-hour lines here.][Note: If you have a different number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][Note: If you have a different TTY number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number][Note: If you have a different fax number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address][Note: If you have a different address for accepting expedited appeals, also include that address here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Optional: Insert URL]* |

Cómo comunicarse co nosotros cuando está presentando una queja acerca de su atención médica

Usted puede presentar una queja acerca de nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad de su cuidado. Este tipo de queja no se relaciona con quejas acerca de cobertura o pagos. (Si su problema es acerca de la cobertura del plan o de pagos, consulte la sección anterior acerca de apelaciones.) Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*).

| Método | Quejas acerca de su atención médica – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][Note: You may also include reference to 24-hour lines here.][Note: If you have a different number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][Note: If you have a different TTY number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number][Note: If you have a different fax number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address][Note: If you have a different address for accepting expedited grievances, also include that address here.]* |
| **PÁGINA WEB DE MEDICARE** | Usted puede presentar una queja acerca de *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja por Internet a Medicare visite el sitio Web www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

*[Note: MA-only plans may delete this section.]*

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados 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 para Medicamentos de Receta de ña Parte D - Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][Note: You may also include reference to 24-hour lines here.][Note: If you have different numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][Note: If you have different TTY numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **FAX** | *[Insert fax number][Note: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address][Note: If you have different addresses for accepting standard and expedited coverage determinations, include both addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentado una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

*[Note: MA-PD plans may delete this section.]*

Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para mayor información acerca de poner apelaciones acerca de sus medicamentos de receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

| Método | Apelaciones para Medicamentos Recetados de la Parte D – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][Note: You may also include reference to 24-hour lines here.][Note: You are required to accept expedited appeal requests by phone, and may choose to accept standard appeal requests by phone. If you choose to accept standard appeal requests by phone and you have different numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][Note: You are required to accept expedited appeal requests by phone, and may choose to accept standard appeal requests by phone. If you choose to accept standard appeal requests by phone and you have different TTY numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **FAX** | *[Insert fax number][Note: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address][Note: If you have different addresses for accepting standard and expedited appeals, include both addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

*[Note: MA-only plans may delete section.]*

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, incluyendo una queja de la calidad de su atención. Este tipo de queja no se relaciona con quejas acerca de cobertura o pagos. (Si su problema es acerca de la cobertura del plan o de pagos, consulte la sección anterior acerca de apelaciones.) Para mayor información acerca de poner una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

| Método | Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][Note: You may also include reference to 24-hour lines here.] [Note: If you have different numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation][Note: If you have different TTY numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number][Note: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address][Note: If you have different addresses for accepting standard and expedited grievances, include both addresses here.]* |
| **PÁGINA WEB DE MEDICARE** | Usted puede presentar una queja acerca de *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja por Internet a Medicare visite el sitio Web www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica [*insert if applicable:* o medicamentos] que ha recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que puede necesitar solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor, consulte [*insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido* por servicios médicos cubiertos [*insert if applicable: o medicamentos*]).

**Por favor tenga en cuenta lo siguiente:** Si usted nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier porción de la misma, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* para obtener más información.

*[Plans with different addresses and/or numbers for Part C and Part D claims may modify the table below or add a second table as needed.]*

| Método | Solicitudes de pago – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Optional: Insert phone number and days and hours of operation] [Note: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. |
| **TTY** | *[Optional: Insert number] [Note: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* |
| **FAX** | *[Optional: Insert fax number]* *[Note: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by fax.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

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

Medicare es el programa federal de seguro médico para las personas con 65 años de edad o más, algunas personas con menos de 65 años con discapacidades, y personas con Enfermedad renal en fase terminal (deficiencia renal permanente que requiere diálisis, o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (a veces se denomina “CMS”). Esta agencia contrata con las organizaciones de Medicare Advantage, incluyendo la nuestra.

| Método | Medicare – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | 1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227  Las llamadas a este número so gratuitas.  24 horas al día, 7 días a la semana. |
| **TTY** | 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 so gratuitas. |
| **SITIO WEB** | [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)  Esta es la página web oficial del gobierno para Medicare.Le facilita información actualizada acerca de Medicare y temas actuales de Medicare. También incluye información acerca de hospitales, residencias de ancianos, médicos, agencias de cuidados en el hogar, y centros de diálisis. Incluye publicaciones que usted puede imprimir directamente en su computadora. Usted también puede localizar contactos de Medicare en su estado.  El sitio web de Medicare también incluye información detallada acerca de su elegibilidad y opciones de inscripción en Medicare por medio de las siguientes herramientas:   * **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Facilita información sobre su estatus de elegibilidad para Medicare. * **Buscador de planes de Medicare:** Facilita información personalizada acerca de planes Medicare de recetas médicas, planes médicos de Medicare, y pólizas de Medigap (Seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas facilitan un *estimado* de cuánto podrán ser los costos de su bolsillo en cada plan de Medicare.   También puede utilizar el sitio web para comunicarle a Medicare las quejas que pueda tener acerca de *[insert 2017 plan name]*:   * **Informe a Medicare acerca de su queja:** Usted puede presentar una queja acerca de *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite el sitio Web www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare considera sus quejas seriamente y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.   Si usted no tiene una computadora, su biblioteca local o su centro para la tercera edad tal vez pueda ayudarle a visitar este sitio Web a través de sus computadoras. O bien, usted puede llamar a Medicare e indicarles la información que necesita. Ellos localizarán la información en el sitio Web, la imprimirán, y se la enviarán a usted. (Usted puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)   * **Cobertura esencial mínima (MEC):** La cobertura bajo este plan califica como cobertura esencial mínima (Minimum essential coverage, MEC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Recaudación Interna (Internal Revenue Service, IRS) en http://[www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision](http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision) para obtener más información sobre los requisitos individuales de la MEC. |

### SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (ayuda e información gratuitas y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)

[*Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs in this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program” or “SHIP”), and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list information for all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below.*]

El Programa estatal de ayuda sobre el seguro médico (SHIP, en inglés) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros en cada estado. *[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SHIP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* He aquí una lista de los Programas estatales de asistencia sobre el seguro médico disponibles en cada estado que servimos:] *[Multiple-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state]*, el Programa SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer localmente consejos gratuitos acerca del seguro médico a las personas con Medicare.

*[Insert state-specific SHIP name]* consejeros pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Le pueden ayudar a entender sus derechos bajo Medicare, ayudarle a presentar quejas acerca de su cuidado o tratamiento médico, y ayudarle a solventar problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros de *[Insert state-specific SHIP name]* también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y contestar preguntas acerca de un cambio de planes.

| Método | [*Insert state-specific SHIP name] [If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)]– Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y debe ser utilizado únicamente por las personas que tengan discapacidades del oído o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 4 Organización de mejoramiento de la calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de los cuidados para las personas con Medicare)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (“Quality Improvement Organization”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all QIOs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the QIOs in all states, or in all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below.]*

Existe una Organización de mejoramiento de la calidad designada para cada estado para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. *[Multi-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find QIO information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* He aquí una lista de organizaciones de mejoramiento de la calidad en cada estado que servimos:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* Para *[insert state]*, la Organización de mejoramiento de la calidad se llama *[insert state-specific QIO name]*.

*[Insert state-specific QIO name]* incluye un grupo de médicos y otros profesionales de cuidados médicos que son pagados por el gobierno federal. Esta organización es pagada por Medicare para monitorear y ayudar a mejorar la calidad de los cuidados para las personas con Medicare. *[Insert state-specific QIO name]* es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debería comunicarse con *[insert state-specific QIO name]* en cualquiera de estas situaciones:

* Usted tiene una queja acerca de los cuidados que ha recibido.
* Usted piensa que la cobertura para su hospitalización está terminando demasiado pronto.
* Usted piensa que la cobertura para sus cuidados en el hogar, en un centro de enfermería especializada, o los servicios de un Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF, en inglés) están terminando demasiado pronto.

| Método | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s Organización de Mejora de la Calidad)]– Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the QIO uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y debe ser utilizado únicamente por las personas que tengan discapacidades del oído o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social tiene la responsabilidad de determinar la elegibilidad y administrar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si usted no está recibiendo cheques del Seguro Social, tendrá que inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

*[MA-only plans omit]* El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen una renta más alta. Si recibió una carta del Seguro Social que le dice que usted tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos se redujeron debido a un evento que cambia la vida, usted puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si usted se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para hacérselo saber.

| Método | Seguro Social– Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | 1-800-772-1213  Las llamadas a este número so gratuitas.  Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes  Usted puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer sus diligencias 24 horas al día. |
| **TTY** | 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 so gratuitas.  Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes |
| **SITIO WEB** | [http://www.ssa.gov](http://www.ssa.gov/) |

### SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of agency names, phone numbers, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list Medicaid information in all states or in all states in which the plan is filed and should make reference to that exhibit below.]*

*[Plans may adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Medicaid program in the plan’s state or states.]*

Medicaid es un programa del gobierno conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados, a pagar por los costos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Adicionalmente, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar por sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

* **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (tales como deducibles, coseguro, y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+, en inglés).)
* **Beneficiario de Medicare con bajos ingresos especificados (SLMB, en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+, en inglés).)
* **Individuo calificado (QI, en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte B.
* **Individuos calificados discapacitados y empleados (QDWI, en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte A.

Para averiguar más acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con *[insert state-specific Medicaid agency]*.

| Método | *[Insert state-specific Medicaid agency]* [*If the agency’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s Medicaid program)]– Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y debe ser utilizado únicamente por las personas que tengan discapacidades del oído o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCÍON 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

*[Note: MA-only plans may delete this section.]*

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para pagar los costos de medicamentos recetados para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si usted califica, recibirá ayuda para pagar cualquier prima del plan de medicamentos de Medicare mensual, el deducible anual y los copagos por recetas. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta para sus gastos directos de su bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional”. Algunas personas califican automáticamente para la “Ayuda Adicional” y no necesitan aplicar. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para la “Ayuda Adicional”.

Es posible que usted pueda obtener “Ayuda Adicional” para pagar sus primas y costos de medicamentos recetados. Para saber si usted califica para recibir “Ayuda Adicional”, llame al:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, los 7 días a la semana.
* La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 am a 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
* Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes). (Vea la Sección 6 de este capítulo para la información de contactos.)

Si usted cree que ha calificado de “Ayuda Adicional” y cree que está pagando una cantidad de costo compartido incorrecto al surtir su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto o, si ya tiene la evidencia, proporcionarnos esta evidencia.

* *[Note: Insert plan’s process for allowing beneficiaries to request assistance with obtaining best available evidence, and for providing this evidence.]*
* Cuando recibamos la evidencia que muestra un nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando obtenga la próxima receta médica en la farmacia. Si paga en exceso su copago, le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su pago en exceso o le compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y pasa el copago como una deuda suya, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Por favor, póngase en contacto con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números telefónicos están en la contraportada de este folleto).

[*Plans in U.S. Territories, replace the Extra Help section with the following language if the EOC is used for plans only in the U.S. Territories. Add the following language to the Extra Help section if the EOC is used for plans in the U.S Territories and mainland regions:* Existen programas en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en estás áreas. Llame a su oficina de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar sobre sus reglamentos (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, 7 días a la semana y diga “Medicaid” para más información. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/) para obtener más información.]

Programa de Medicare de Descuento para la Brecha de Cobertura

El Programa de descuento para la brecha en la cobertura de Medicare les ofrece descuentos del fabricante de medicamentos de marca a las personas inscritas en la Parte D que han llegado a la brecha en la cobertura y no están recibiendo la “Ayuda Adicional”. Para medicamentos de marca, el 50% de descuento proporcionado por los fabricantes excluye la tarifa de suministro para costos en la brecha. El afiliado deberá pagar la tarifa de suministro en la porción del costo, que paga el plan (10% en 2017).

Si usted llega a la brecha en la cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando la farmacia le facture por sus recetas y la Explicación de beneficios de la Parte D (EOB) mostrará cualquier descuento que se aplique. Tanto la cantidad que usted paga y la cantidad que le ha descontado el fabricante de los gastos directos de su bolsillo cuentan como si usted los hubiera pagado y lo hace avanzar por la brecha en la cobertura. La cantidad pagada por el plan (5%) no cuenta para los gastos directos de su bolsillo.

Usted también recibe alguna cobertura por los medicamentos genéricos. Si usted alcanza la brecha en la cobertura, el plan paga el 49% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 51% restante del precio. Para medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (49%) no cuenta hacia los costos directos de su bolsillo. Solamente la cantidad que usted paga es la que cuenta y lo hace avanzar por la brecha en la cobertura. También, el cargo por dispensación está incluido como parte del costo del medicamento.

[*Insert if the plan offers additional coverage in the gap:* El Programa de Descuento para la Brecha de Cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Debido a que *[insert 2017 plan name]* ofrece cobertura adicional durante la Etapa de Brecha de Cobertura, los costos directos de su bolsillo en ocasiones serán menores a los costo que aquí se describen. Por favor, consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de Brecha de Cobertura.]

[*Insert if the plan does not have a coverage gap:* El Programa de Descuento para la Brecha de Cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Debido a que *[insert 2017 plan name]* no tiene brecha de cobertura, los descuentos que se describen aquí no se aplican a usted.

En su lugar, el plan continúa cubriendo sus medicamentos en cantidad regular de costo compartido hasta que califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica. Por favor, consulte el Capítulo 6, Sección 5 para más información sobre su cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.] Si usted tiene alguna pregunta acerca de la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuento de Medicare de Brecha de Cobertura en general, póngase en contacto con Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

**¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)?**

*[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this section.]*

Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica(State Pharmaceutical Assistance Program - SPAP), o cualquier otro programa que proporcione cobertura para medicamentos de la Parte D (aparte de “Ayuda Adicional”), aún recibe el descuento de 50% para los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 10% de los costos de los medicamentos de marca en la brecha de cobertura. El descuento del 50% y el 10% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

**¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?  
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)ayuda a las personas elegibles a ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las recetas médicas de la Parte D de Medicare que también están cubiertas por ADAP, califican para asistencia de costos compartidos de los medicamentos *[insert State-specific ADAP information]*. Nota: Para ser elegible para el programa ADAP operando en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado, estatus como paciente VIH, comprobante de bajos ingresos según lo defina el estado, y estatus como persona sin seguro o con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, puede seguir proporcionándole asistencia con los costos compartidos de las recetas de la Parte D de Medicare para medicamentos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador local del ADAP cualquier cambio en su nombre del plan de la Parte D o número de póliza de Medicare. *[Insert State-specific ADAP contact information.]*

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame a *[insert State-specific ADAP contact information].*

**¿Qué pasa si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?**

No. Si recibe “Ayuda Adicional”, ya recibe cobertura para los costos de medicamentos recetados durante el período de brecha de cobertura.

**¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?**

Si usted cree que ha llegado al período de brecha de cobertura y no recibió un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar el próximo aviso de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D* , debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas médicas están correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo que le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación por parte del Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP) (los números telefónicos están en la Sección 3 de este Capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

*[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this section.]*

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of SPAP names, phone numbers, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the SPAPs in all states or in all states in which the plan is filed and should make reference to that exhibit below.]*

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados según la necesidad económica, edad, afección médica o discapacidad. Cada estado tiene reglas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

*[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SPAP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* Aquí está una lista de los Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal en cada estado que servimos:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state name]*, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es *[insert state-specific SPAP name]*.

| Método | *[Insert state-specific SPAP name]* [*If the SPAP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal))] – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SPAP uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y debe ser utilizado únicamente por las personas que tengan discapacidades del oído o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de retiro ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores ferroviarios de toda la nación y sus familias. Si usted tiene preguntas acerca de sus beneficios de la Junta de retiro ferroviario, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que se les deje saber si se muda o cambia su dirección de correo.

| Método | Junta de retiro ferroviario – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | 1-877-772-5772  Las llamadas a este número so gratuitas.  Disponible de 9:00 am a 3:30 pm, de lunes a viernes.  Si usted tiene un teléfono de marcación por tonos, podrá acceder a información grabada y servicios automatizados 24 horas al día, incluyendo fines de semana y días festivos. |
| **TTY** | 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](http://www.rrb.gov/) |

### SECCIÓN 9 ¿Tiene usted “seguro grupal” u otro seguro médico a través de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios a través de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de retirados, como parte de este plan, usted puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a nuestros Servicios para Miembros si tiene cualquier pregunta. Usted puede preguntar acerca de los beneficios médicos, primas, o periodo de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de retirados. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.) Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

*[Plans without Part D coverage delete this paragraph]* Si usted tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados, por favor comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**.El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener sus servicios médicos

## Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que usted debe saber acerca de cómo obtener su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan 49

Section 1.1 ¿Cuáles *son* [*for partial or full network PFFS insert:* los “proveedores de la red” y] los “servicios cubiertos”? 49

Sección 1.2 Reglas básicas para que su cuidado médico esté cubierto por el plan 49

SECCIÓN 2 Cómo utilizar los proveedores dentro de la red para obtener su atención médica 53

Sección 2.1 Cómo obtener atención médica de los proveedores de la red 53

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente, o durante un desastre 54

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 54

Sección 3.2 Obtener cuidado cuando tiene una necesidad urgente de servicios 55

Sección 3.3 Cómo obtener cuidados durante un desastre 56

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos? 56

Sección 4.1 Usted puede solicitar que paguemos nuestra porción de los costos de los servicios cubiertos 56

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total 56

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando forma parte de un “estudio de investigación clínica”? 57

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 57

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por los diferentes servicios? 58

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidados cubiertos de una “institución no médica religiosa” 60

Sección 6.1 ¿Qué es una institución no médica religiosa? 60

Sección 6.2 ¿Qué cuidados de una institución no médica religiosa están cubiertos por nuestro plan? 60

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipo médico durable 61

Sección 7.1 ¿Podrá usted quedarse con el equipo médico duradero después de haber hecho cierto número de pagos bajo nuestro plan? 61

### SECCIÓN 1 Lo que usted debe saber acerca de cómo obtener su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted necesita saber para usar el plan para obtener su cobertura de atención médica. Le explica las definiciones de los términos y las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos, servicios, y otros cuidados médicos cubiertos por este plan.

Para detalles acerca de qué cuidados médicos están cubiertos por nuestro plan y cuánto usted paga cuando los recibe, consulte el cuadro de beneficios que aparece en el Capítulo 4 siguiente (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y lo que usted paga*).

#### Section 1.1 ¿Cuáles *son* [*for partial or full network PFFS insert:* los “proveedores de la red” y] los “servicios cubiertos”?

Vea a continuación unas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo obtener los cuidados y servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

* **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de cuidados médicos licenciados por el estado para facilitar servicios y cuidados médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otras instalaciones de cuidados médicos.
* [*Partial or full network PFFS plans insert:* **“Proveedores de la red”** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones para el cuidado de la salud que han firmado un contrato con nosotros para ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Estos proveedores ya han aceptado atender a los miembros de nuestro plan. La Sección 1.2 describe las reglas para obtener los servicios cubiertos utilizando nuestros proveedores de la red.]
* Los “**Servicios cubiertos**” incluyen todo el cuidado médico, servicios de cuidado de salud, y los materiales y equipo que estén cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para cuidado médico están detallados en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

#### Sección 1.2 Reglas básicas para que su cuidado médico esté cubierto por el plan

Como plan médico de Medicare, *[insert 2017 plan name]* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

*[Insert 2017 plan name]* en general cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

* **El cuidado que reciba esté incluido en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este manual).
* **El cuidado que reciba se considere médicamente necesario.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar, o tratar su afección médica y cumplen los estándares aceptados en la práctica médica.
* **Usted recibe su atención de un proveedor en los Estados Unidos que (1) se compromete a aceptar los términos y condiciones de pago de nuestro plan antes de que lo atienda y (2) es elegible para proporcionar servicios conforme a Medicare Original** [*Insert if applicable:* o elegibles para ser pagados por *[insert 2017 plan name]* para los beneficios que no están cubiertos por Medicare Original ].
  + [*For non-network PFFS plans:* Un Plan Privado de Medicare Advantage de Pago-por-Servicio funciona de manera diferente que un plan (Medigap) suplementario de Medicare. Su proveedor no está obligado a aceptar los términos y condiciones de pago del plan, y por lo tanto puede decidir no atenderlo, con la excepción de casos de emergencia. Si su proveedor no acepta nuestros términos y condiciones de pago, pueden optar por no proporcionarle servicios de atención médica a usted, excepto en emergencias. Si esto le sucede, usted tendrá que encontrar otro proveedor que acepte nuestros términos y condiciones de pago. Los proveedores pueden encontrar los términos y condiciones de pago en nuestra página de Internet: *[insert link to PFFS terms and conditions of payment.]*]
  + [*For full and partial network PFFS plans:* Un Plan Privado de Medicare Advantage de Pago-por-Servicio funciona de manera diferente que un plan (Medigap) suplementario de Medicare. Tenemos proveedores de la red (es decir, proveedores que han firmado un contrato con nuestro plan) [*full network PFFS plan insert:* todos los servicios cubiertos por Medicare Original] *[partial network PFFS plans should indicate the category or categories of services for which network providers are available]*. Estos proveedores ya han aceptado atender a los miembros de nuestro plan. Si su proveedor no es uno de nuestros proveedores de la red, entonces no se requiere que el proveedor acepte los términos y condiciones de pago del plan y puede optar por no proporcionarle servicios de atención médica a usted, excepto en emergencias. Si esto le sucede, usted tendrá que encontrar otro proveedor que acepte nuestros términos y condiciones de pago. Los proveedores pueden encontrar los términos y condiciones de pago en nuestra página de Internet: *[insert link to PFFS terms and conditions of payment]*.]
  + Un proveedor se considera que ha aceptado los términos y condiciones de pago si el proveedor era consciente de que usted es un miembro de *[insert 2017 plan name]* antes de proporcionarle servicios a usted, (por ejemplo: si le mostró su tarjeta de miembro del plan); el proveedor tenía acceso razonable a nuestros términos y condiciones de pago; y el proveedor proporcionó servicios médicos cubiertos. El proveedor no tiene que leer realmente los términos y condiciones de pago - Si el proveedor tuvo la oportunidad de leerlos y lo atiende, la ley considera que este proveedor ha acordado aceptar los términos y condiciones de nuestro plan de pago para esa visita específica.
    - Usted debe presentar su tarjeta de membresía del plan cada vez que usted visita a un proveedor. Los proveedores pueden decidir en cada visita si acepta los términos y condiciones de nuestro plan, y entonces proporcionan atención. Los proveedores no pueden cambiar su mente sobre la aceptación de los términos y condiciones de pago después de proporcionar servicios.
    - No todos los proveedores aceptan los términos y condiciones de pago de nuestro plan o aceptan proporcionarle atención. Un proveedor que decide no aceptar los términos y condiciones de nuestro plan de pago no debe proporcionar servicios a usted, excepto en emergencias. Puede ponerse en contacto con nosotros al *[insert contact information that includes at least a phone number]* para obtener asistencia en localizar otro proveedor en su área que acepte los términos y condiciones de pago de nuestro plan.
  + Si necesita atención de emergencia, está cubierto si un proveedor se compromete a aceptar los términos de pago del plan o no.
  + [*Partial and full network PFFS plans insert:* Nuestro plan ha firmado contrato con algunos proveedores para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Estos proveedores son los proveedores de nuestra red. *[Indicate how members can get the list of network providers.]*]

[*Full network PFFS plans insert:* Tenemos proveedores de la red para todos los servicios cubiertos por Medicare Original *[indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]*. Usted todavía puede recibir los servicios cubiertos por parte de proveedores fuera de la red (aquellos que no tienen un contrato firmado con nuestro plan), siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de nuestro plan, como se ha descrito anteriormente en esta sección.]

[*Partial network PFFS plans insert:* Tenemos proveedores de la red para *[indicate what category or categories of services for which network providers are available]*. Usted todavía puede recibir los servicios cubiertos por parte de proveedores de fuera de la red (aquellos que no tienen un contrato firmado con nuestro plan), siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan, como se ha descrito anteriormente en esta sección. Para los servicios para los cuales los proveedores de la red no están disponibles, usted puede recibir servicios cubiertos de cualquier proveedores que se compromete a aceptar los términos y condiciones de nuestro plan de pago, tal como se describe anteriormente en esta sección.]

*[Partial and full network PFFS plans should describe whether or not the plan has established any higher cost-sharing requirements if the member obtains a covered service from a deemed (out-of-network) provider.]* [*Insert the following sentence if the plan includes such differential cost-sharing:* La cantidad de costo compartido que paga a un proveedor que no es uno de nuestros proveedores de la red puede ser más que el costo compartido que paga a un proveedor de la red. En la Tabla de Beneficios Médicos del plan en el Capítulo 4 de este folleto indicamos la diferencia en el costo compartido de los servicios entre los proveedores fuera de la red y los proveedores de la red.]

* **Usted está obligado a pagar sólo el copago o coseguro permitido por el plan en el momento de la visita.** Usted debe pedirle al proveedor que le cobre al plan por los servicios cubiertos. Si un proveedor le pide que pague el monto total de los servicios, entonces, envíenos la factura o una copia de la factura para reembolsarle el dinero. Recuérdele al proveedor que usted es responsable sólo por el monto de costo compartido. Si el proveedor desea obtener más información sobre el pago por los servicios cubiertos, por favor haga que el proveedor se comunique con nosotros al *[Note: insert instructions that include a phone number and mailing address]*.
* [*Full and partial network PFFS plans insert:* Nuestro plan pagará por todos los servicios que reciba de un proveedor de la red (incluyendo los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red cuando se le dirige a ver a ese proveedor por el plan o un proveedor de la red). Si por su cuenta, usted decide ver a un proveedor fuera de la red que acepta los términos y condiciones de nuestro plan de pago, usted y el proveedor tienen derecho de solicitar una decisión de cobertura por escrito, antes de que usted reciba el servicio, para confirmar que el servicio es médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, será pagado por el plan.[*Insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado].
* [*Non-network PFFS plans insert:* Si usted recibe un servicio de un proveedor que acepte los términos y condiciones de nuestro plan de pago, usted y el proveedor tienen derecho de solicitar una decisión de cobertura por escrito de nosotros antes de obtener el servicio con el fin de confirmar que el servicio es médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, será pagado por nuestro plan. [*Insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado].
* *[Insert 2017 plan name]* no requiere que los miembros o sus proveedores obtengan una autorización previa o una remisión del plan como condición para cubrir los servicios médicamente necesarios que están cubiertos por nuestro plan. Bajo la autorización previa, un plan requiere que los miembros o los proveedores busquen la autorización del plan antes de obtener los servicios. No existe tal requisito para nuestros miembros. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de si pagaremos o no por cualquier servicio o cuidado que está considerando recibir, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo.

### SECCIÓN 2 Cómo utilizar los proveedores dentro de la red para obtener su atención médica

*[Non-network PFFS plans can exclude this section.]*

#### Sección 2.1 Cómo obtener atención médica de los proveedores de la red

*[Plans should describe how members access specialists and other network providers.]*

¿Qué pasa si un proveedor de la red abandona nuestro plan?

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante del año. Existen muchas razones por las cuales su proveedor tal vez deje su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones detalladas a continuación:

* Aún cuando nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare requiere que le facilitemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
* Siempre que sea posible le facilitaremos al menos 30 días de aviso cuando su proveedor esté dejando nuestro plan, para que usted pueda elegir otro proveedor.
* Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado que siga atendiendo a sus necesidades de cuidados médicos.
* Su usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y nos aseguraremos de ello, que el tratamiento necesario por razones médicas que usted está recibiendo no quede interrumpido.
* Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su cuidado no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a apelar de nuestra decisión.
* Si usted se entera de que su médico o especialista está dejando su plan por favor, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a localizar otro proveedor y facilitarle sus cuidados.

*[Plans should provide contact information for assistance.]*

### SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente, o durante un desastre

#### Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

*[Note: Throughout this section plans can change “notify plan” to provider, medical group or any other specific area the member should call after an emergency.]*

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debería usted hacer si tiene una?

Una “emergencia médica” es cuando usted cree que tiene una lesión o enfermedad que requiere atención médica inmediatamente para evitar una discapacidad o la muere. Una emergencia médica puede incluir dolor intenso, una lesión grave, una enfermedad repentina, o una afección médica que está empeorando rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

* **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o visite la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia en caso necesario. Usted *no* necesita obtener la aprobación de nuestro plan.
* [*Plans add if applicable:* **Lo antes posible, asegúrese de que su plan sea informado acerca de su emergencia.** Debemos dar seguimiento a sus cuidados de emergencia. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos de sus cuidados de emergencia, usualmente en un plazo de 48 horas. *[Plans must provide either the phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back the plan membership card).]*]

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier lugar en los Estados Unidos o sus territorios *[plans may modify this sentence to identify whether this coverage is within the U.S. or world-wide emergency/urgent coverage]*. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que ir a la sala de emergencias por otro método pondría en peligro su salud. Para más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de esta publicación.

*[Plans that offer a supplemental benefit covering world-wide emergency/urgent coverage or ambulance services outside of the U.S. and its territories, mention the benefit here and then refer members to Chapter 4 for more information.]*

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le prestaron atención de emergencia para ayudar a administrar y dar seguimiento a su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica haya terminado.

Una vez terminada la emergencia usted tiene derecho a cuidados de seguimiento para asegurar que la condición sigue siendo estable. Si usted decide recibir atención de seguimiento del proveedor que le proporcionó tratamiento, entonces usted debe informarles de su cobertura lo más antes posible, al mostrar su tarjeta de membresía del plan. El plan pagará por todos los servicios cubiertos por el plan médicamente necesarios suministrados por el proveedor y atención no urgente que reciba de cualquier proveedor en los Estados Unidos, que se compromete a aceptar los términos y condiciones de nuestro plan de pago y es elegible para proporcionar servicios conforme a Medicare Original.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces es difícil saber si usted tiene o no una emergencia médica. Por ejemplo, tal vez vaya a emergencias – pensando que su salud está en peligro grave – y el médico diga que no era una emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia médica, siempre que usted pensara razonablemente que su salud estaba en peligro grave, cubriremos sus cuidados.

#### Sección 3.2 Obtener cuidado cuando tiene una necesidad urgente de servicios

**¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Los “servicios de urgencia” son una enfermedad, herida, o afección médica imprevista que requiere cuidado médico inmediato. [*Network or partial network PFFS plans add the following*: Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores dentro de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente.] La condición imprevista podría, por ejemplo, ser un empeoramiento inesperado de una afección que usted ya tuviera.

¿Qué proveedores debe usar cuando usted tiene una necesidad urgente de atención médica?

[*Network or partial network PFFS plans insert:* Cubrimos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor de la red o de cualquier proveedor fuera de la red que está dispuesto a proporcionar servicios como proveedor atribuido.]

[*Non-network PFFS plans insert:* Cubriremos los servicios de urgencia de cualquier proveedor que esté dispuesto a proporcionar servicios como proveedor atribuido.]

*[Plans must insert instructions for how to access urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a provider hotline, etc.)]*

#### Sección 3.3 Cómo obtener cuidados durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a obtener atención de nuestro plan.

Visite el siguiente sitio web: *[insert website]* para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre*.*

Por lo general, durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos con recea en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

### SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?

#### Sección 4.1 Usted puede solicitar que paguemos nuestra porción de los costos de los servicios cubiertos

Si usted ha pagado más de su parte por los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos [insert if applicable: o medicamentos]*) para más información acerca qué puede hacer.

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

*[Insert 2017 plan name]* cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, están enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos del Plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este manual), y se obtienen de manera consistente con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan.

[*Full and partial network PFFS plans insert:* Nuestro plan pagará por todos los servicios que reciba de un proveedor de la red (incluyendo los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red cuando se le dirige a ver a ese proveedor por el plan o un proveedor de la red). Si por su cuenta, usted decide ver a un proveedor fuera de la red que acepta los términos y condiciones de nuestro plan de pago, usted y el proveedor tienen derecho de solicitar una decisión de cobertura por escrito, antes de que usted reciba el servicio, para confirmar que el servicio es médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, será pagado por el plan.]

[*Non-network PFFS plans insert:* Si usted recibe un servicio de un proveedor que acepta los término y condiciones de nuestro plan de pago, usted y el proveedor tienen el derecho a solicitar una decisión de cobertura por escrito de nosotros antes de obtener el servicio con el fin de confirmar que el servicio es médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, será pagado por el plan.]

Si le informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir sus cuidados.

[*Insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado. Usted también puede llamar a nuestros Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que obtenga después de haber usado sus beneficios para ese tipo de servicio cubierto. *[Plans should explain whether paying for costs once a benefit limit has been reached will count toward an out-of-pocket maximum.]* Usted puede llamar a nuestros Servicios para Miembros si desea saber qué porción de su límite de beneficios ya ha utilizado.

### SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando forma parte de un “estudio de investigación clínica”?

#### Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también denominado “prueba clínica”) es un método por el cual los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidados médicos, tales como qué tal funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de cuidados médicos o medicamentos solicitando ayuda de voluntarios para participar en el estudio. Este tipo de estudios es una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a verificar si el nuevo método funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los miembros de nuestro plan. Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan]tiene que aprobar previamente el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan] *no* ha aprobado, *usted será responsable por pagar todos los costos por su participación en el estudio*.

Una vez que Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan]haya aprobado el estudio, una persona que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más acerca del estudio y verificar si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos que están realizando el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos del mismo *y* tenga entendimiento y aceptación totales de lo que supone su participación en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga por la mayoría de los costos cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y seguir obteniendo el resto de sus cuidados (los cuidados que no están relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación por nuestra parte *[plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence]* o de su PCP. *[Non-network PFFS plans: Omit the following sentence]* Los proveedores que le brindarán cuidado como parte del estudio de investigación clínica *no* tienen que pertenecer a nuestra red de proveedores.

Aunque usted no necesite obtener permiso de nuestro plan para formar parte de un estudio de investigación clínica, **usted sí debe informarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.** He aquí por qué usted debe informarnos:

1. Podemos informarle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
2. Le podemos informar qué servicios obtendrá de los proveedores del estudio de investigación clínica en vez de los de nuestro plan.

Si usted planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).

#### Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por los diferentes servicios?

Una vez que usted forme parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estará cubierto para artículos y servicios rutinarios que reciba como parte del estudio, incluyendo:

* Habitación y comidas por hospitalización por las que Medicare pagaría aunque usted no formara parte de un estudio.
* Una operación u otro procedimiento médico que formen parte del estudio de investigación.
* Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones debidos a los nuevos cuidados.

Medicare Original pagará por la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte de los costos de estos servicios, nuestro plan también pagará su parte de los costos. Usted pagará la diferencia entre los costos compartidos de Medicare Original Medicare y sus costos compartidos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba participando en el estudio, como si recibiera los servicios de nuestro plan.

*He aquí un ejemplo de cómo se calculan los costos compartidos:* Supongamos que usted obtiene un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su porción de los costos para este análisis es de $20 bajo Medicare Original, pero el análisis costaría $10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este cado, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y usted pagaría $10. Esto significa que usted pagaría $10, o sea el monto que usted pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra porción del costo, usted deberá presentarnos una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos de Medicare u otros documentos detallando qué servicios usted recibió como parte del estudio y qué monto debe. Por favor, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por lo siguiente:**

* En general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio probado por el estudio a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aún cuando usted *no* formara parte de un estudio.
* Artículos y servicios que el estudio facilite gratuitamente.
* Artículos o servicios facilitados únicamente para recopilar datos, y no utilizados directamente en sus cuidados médicos. Por ejemplo, Medicare no pagará por tomografías computarizadas mensuales (CT Scan, en inglés) realizadas como parte del estudio, si su afección médica requeriría normalmente una sola tomografía.

¿Desea averiguar más detalles?

Usted puede obtener más información acerca de cómo participar en un estudio de investigación clínica consultando “Medicare y los estudios de investigación clínica” en el sitio Web de Medicare ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)). También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidados cubiertos de una “institución no médica religiosa”

#### Sección 6.1 ¿Qué es una institución no médica religiosa?

Una institución no médica religiosa es un centro que facilita cuidados para una afección que usualmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el obtener cuidados en un hospital o un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, facilitaremos cobertura para cuidados en una institución no médica religiosa. Usted puede elegir recibir cuidados médicos en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio es facilitado únicamente para servicios de hospitalización de la Parte A (no para servicios de cuidados médicos). Medicare sólo pagará por los servicios que no sean servicios médicos facilitados por cualquier institución no médica religiosa.

#### Sección 6.2 ¿Qué cuidados de una institución no médica religiosa están cubiertos por nuestro plan?

Para recibir cuidados de una institución no-médica religiosa, deberá firmar un documento legal declarando que usted está opuesto por razones de consciencia, a recibir tratamiento médico “no exceptuado.”

* El cuidado o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier cuidado o tratamiento médico que es *voluntario* y *no requerido* por cualquier ley federal, estatal, o local.
* El cuidado o tratamiento médico “Exceptuado” son aquellos que *no* son voluntarios ni *son requeridos* bajo la ley federal, estatal, o local.

Para estar cubiertos por nuestro plan, los cuidados que reciba de una institución no-médica religiosa deberán cumplir las siguientes condiciones:

* El centro que esté facilitando los cuidados deberá estar certificado por Medicare.
* La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba estará limitada a aspectos *no religiosos* de sus cuidados.
* Si usted recibe servicios de esta institución en su hogar, nuestro plan cubrirá estos servicios únicamente si su condición cumpliría ordinariamente las condiciones para cobertura de servicios de agencias de servicios en el hogar que no sean instituciones no-medicas religiosas.
* Si usted recibe servicios de esta institución en un centro, [*insert as applicable:* las siguientes condiciones aplican *OR* la siguiente condición aplica]:
  + Usted deberá tener una afección médica que le permitiría obtener servicios cubiertos de hospitalización o en un centro de enfermería especializada.
  + *[Omit this bullet if not applicable] – y –* deberá obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o de lo contrario su estadía no estará cubierta.

*[Plans must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the benefits chart in Chapter 4) or whether there is unlimited coverage for this benefit.]*

### SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipo médico durable

#### Sección 7.1 ¿Podrá usted quedarse con el equipo médico duradero después de haber hecho cierto número de pagos bajo nuestro plan?

*[Plans that furnish ownership of certain DME items must modify this section to explain the conditions under which and when specified DME can be owned by the member.]*

El equipo médico duradero incluye artículos tales como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores ortopédicos y camas de hospital recetadas por un proveedor para utilizar en el hogar. Ciertos artículos tales como prótesis, siempre pertenecen al miembro. En esta sección discutiremos otros tipos de equipo médico duradero que deberán ser rentados.

*[This first sentence must be inserted even if your plan sometimes allows ownership for items other than prosthetics]* En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero serán dueños del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Como miembro de *[insert 2017 plan name]*, sin embargo, [*insert if the plan sometimes allows ownership:* generalmente] no adquirirá propiedad de los artículos de equipo médico durable alquilado sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. [*Insert if the plan sometimes allows ownership for items other than prosthetics*: Bajo ciertas circunstancias limitadas usted se podrá quedar con el artículo de equipo médico duradero. Llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación) para averiguar acerca de los requisitos que usted deberá cumplir y los documentos que deberá presentar.] [*Insert if your plan never transfers ownership (except as noted above, for example, for prosthetics):* Aún cuando usted haya hecho 12 pagos consecutivos por el equipo médico duradero bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan, usted no se quedará con el artículo, sin importar cuántos copagos haya hecho como miembro de nuestro plan.]

¿Qué ocurre con los pagos que usted haya hecho por equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si usted se cambia a Medicare Original después de haber sido miembro de nuestro plan: Si usted no se quedó con el artículo de equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, usted tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo mientras está en Medicare Original para poder quedarse con el artículo. Sus pagos previos mientras usted estaba en nuestro plan no contarán hacia estos 13 pagos consecutivos.

Si usted ha hecho pagos por el artículo de equipo médico duradero bajo Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos mientras estaba bajo Medicare Original, tampoco cuentan hacia los 13 pagos consecutivos. Usted tendrá que hacer 13 pagos consecutivos por el artículo bajo Medicare Original para poder quedarse con él. No existen excepciones para este caso cuando usted vuelve a Medicare Original.

Capítulo 4

Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

## Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

SECCIÓN 1 Explicación de los costos de su bolsillo por servicios cubiertos 65

Sección 1.1 Tipos de costos de su bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos 65

Sección 1.2 ¿Qué es su deducible del plan? 66

Sección 1.3 Nuestro plan [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* también] tiene un deducible [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* separado] para ciertos tipos de servicios 66

Sección 1.4 ¿Cuánto es el monto máximo que pagará por [*insert if applicable:* la Parte A y Parte B de Medicare] los servicios médicos cubiertos? 67

Sección 1.5 Nuestro plan también limita los costos de su bolsillo para ciertos tipos de servicios 68

Sección 1.6 ¿De qué manera la “facturación de saldos” afecta sus costos? 69

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar lo que está cubierto para usted y cuánto va a pagar 70

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan 70

Sección 2.2 Beneficios “suplementarios opcionales” extra que puede comprar 98

Sección 2.3 Cómo obtener atención utilizando el beneficio de visitante/viajero opcional de nuestro plan 98

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 99

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 99

### SECCIÓN 1 Explicación de los costos de su bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo examina sus servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera sus servicios cubiertos e indica cuánto va a pagar por cada servicio cubierto como miembro de *[insert 2017 plan name]*. Más adelante en este capítulo, usted podrá hallar información acerca de servicios médicos que no están cubiertos. [*Insert if applicable:* También explica los límites para ciertos servicios.] *[If applicable, you may mention other places where benefits, limitations, and exclusions are described, such as optional additional benefits, or addenda.]*

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

*[Describe all applicable types of cost-sharing your plan uses. You may omit those that are not applicable.]*

Para entender la información de pago que le indicamos en este capítulo, usted debe conocer los tipos de costos de su bolsillo que tal vez pague por sus servicios cubiertos.

* El **“deducible”** es el monto que usted debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan empiece a pagar su porción. [*Insert if applicable:* (La Sección 1.2 le dice más acerca de su deducible del plan.)] [*Insert if applicable:* (la Sección 1.3 le proporciona más información sobre sus deducibles para ciertas categorías de servicios.)]
* Un **“copago”** es el monto fijo que usted paga cada vez que reciba ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al recibir el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos que aparece en la Sección 2 indica más acerca de sus copagos.)
* **“Coseguro”** es el porcentaje que usted paga del total de los costos por ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al recibir el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos que aparece en la Sección 2 indica más acerca de su coseguro.)
* *[Plans that allow providers to balance bill in their Terms & Conditions of payment may edit the percentage to reflect their actual balance billing rate.]* **“Facturación de saldo”** es cuando los proveedores, como los médicos o los hospitales, le cobran a los pacientes hasta un 15% más que la cantidad de pago del plan para los servicios. El monto de “facturación de saldos” se cobra además del monto del costo compartido regular del plan del paciente. [*Plans that prohibit balance billing insert: [Insert 2017 plan name]* no permite que los proveedores que proporcionan servicios cubiertos cobren facturación del saldo a los miembros de nuestro plan.](Para obtener más información, consulte la Sección 1.6 de este capítulo.)

Algunas personas califican para programas estatales de Medicaid que ayudan a pagar por los costos de su bolsillo de Medicare. (Estos “Programas de Ahorros de Medicare” incluyen los programas Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB), Individual Aprobado (QI), y Personas Incapacitadas & Trabajadores Aprobado (QDWI). Si usted está inscrito en uno de estos programas, tal vez aún tenga que pagar un copago por el servicio, dependiendo de las reglas en su estado.

#### Sección 1.2 ¿Qué es su deducible del plan?

*[Plans with no deductibles, delete this section and renumber remaining subsections in Section 1.]*

*[Note: deductibles cannot be applied to $0.00 Medicare preventive services, emergency services or urgently needed services]*

*[Plans with separate in-network and out-of-network deductibles should revise this section (including the section title) as needed to describe the deductibles.]*

Su deducible es *[insert deductible amount]*. Este es el monto que usted deberá pagar de su bolsillo antes de que nosotros paguemos nuestra porción por sus servicios médicos cubiertos. Hasta que haya pagado el monto del deducible, usted deberá pagar el costo completo de sus servicios cubiertos. Una vez que usted haya pagado su deducible, empezaremos a pagar nuestra porción de los costos por los servicios médicos cubiertos mientras usted pagará su porción, [*insert as applicable:* (su copago) *OR* (el monto de su coseguro) *OR* (el monto de su copago o coseguro)] por el resto del año calendario.

*[Plans may revise the paragraph to describe the services that are subject to the deductible.]* El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra porción de los costos por estos servicios aún cuando usted no haya pagado su deducible. El deducible no aplica a los siguientes servicios:

* *[Insert services not subject to the deductible]*

#### Sección 1.3 Nuestro plan [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* también] tiene un deducible [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* separado] para ciertos tipos de servicios

*[Plans with service category deductibles: insert this section. If applicable, plans may revise the text as needed to describe how the service category deductible(s) work with the overall plan deductible.]*

*[Plans with a service category deductible that is not based on the calendar year – e.g., a per stay deductible – should revise this section as needed.]*

[*Insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* Además del deducible del plan que aplica a todos los servicios médicos cubiertos, también tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios.]

[*Insert if plan does not have an overall deductible and Sec. 1.2 was therefore omitted:* Tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios.]

[*Insert if plan has one service category deductible:* El plan tiene un deducible de *[insert service category deductible]* para *[insert service category]*. Hasta que usted haya pagado su deducible, deberá pagar el costo total por *[insert service category]*. Una vez que usted haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios y usted pagará su parte ([*insert as applicable:* su copago *OR* el monto de su coseguro *OR* su copago y el monto del coseguro]) para el resto del año calendario. [*Insert if applicable:* Ambos deducibles del plan y de *[insert service category]* cuentan hacia su *[insert service category]* cubierto. Esto significa que una vez que haya pagado *ya sea* el deducible del plan *o* el deducible para *[insert service category]*, vamos a empezar a pagar nuestra parte de los costos de su *[insert service category]* cubierto.]

[*Insert if plan has more than one service category deductible:* El plan tiene un deducible para los siguientes tipos de servicios:

* [*Plans should insert a separate bullet for each service category deductible:* Nuestro deducible para *[insert service category]* es *[insert service category deductible].* Hasta que usted haya pagado su deducible, deberá pagar el costo total por *[insert service category]*. Una vez que usted haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios y usted pagará su parte ([*insert as applicable:* su copago *OR* el monto de su coseguro *OR* su copago y el monto del coseguro]) para el resto del año calendario. [*Insert if applicable:* Ambos deducibles del plan y de *[insert service category]* cuentan hacia su *[insert service category]* cubierto. Esto significa que una vez que haya pagado *ya sea* el deducible del plan *o* el deducible para *[insert service category]*, vamos a empezar a pagar nuestra parte de los costos de su *[insert service category]* cubierto.]

#### Sección 1.4 ¿Cuánto es el monto máximo que pagará por [*insert if applicable:* la Parte A y Parte B de Medicare] los servicios médicos cubiertos?

Debido a que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite a la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos que están cubiertos [*insert as applicable:* bajo Medicare Parte A y Parte B *OR* bajo nuestro plan] (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina el monto máximo de su bolsillo por los servicios médicos.

Como miembro de *[insert 2017 plan name],* lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] en 2017 es *[insert MOOP].* Los montos que usted pagará por [*insert applicable terms:* deducibles, copagos, y coseguros] de servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de gastos de su bolsillo. *[Plans with no premium and/or that do not offer Part D may modify the following sentence as needed.]* (Los montos que paga por las primas y por sus medicamentos recetados de la Parte D no se consideran para su monto máximo de gastos de su bolsillo. [*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* Además, los montos que paga por algunos servicios no se consideran para su monto máximo de gastos de su bolsillo. Estos servicios están indicados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos.])Si alcanza la cantidad máxima de su bolsillo de *[insert MOOP]*, no tendrá que pagar costos de su bolsillo durante el resto del año para servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B]. Sin embargo, deberá seguir pagando [*insert if plan has a premium:* la prima de su plan y] las primas de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B sea pagada por Medicaid u otro programa).

#### Sección 1.5 Nuestro plan también limita los costos de su bolsillo para ciertos tipos de servicios

*[Plans with service category OOP maximums: insert this section.]*

*[Plans with a service category OOP maximum that is not based on the calendar year – e.g., a per stay maximum – should revise this section as needed.]*

[Además de la máxima cantidad de su bolsillo por servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] (vea la Sección 1.4 anterior), también tenemos una cantidad máxima de bolsillo aparte que aplica solamente a ciertos tipos de servicios.

[*Insert if plan has one service category MOOP:* El plan tiene un monto máximo de su bolsillo de *[insert service category MOOP]* para *[insert service category]*. Una vez que usted haya pagado *[insert service category MOOP]* de su bolsillo para *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo para usted por el resto del año calendario.] [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* Tanto la cantidad máxima de bolsillo para los servicios médicos *[insert as applicable:* de la Parte A y la Parte B *OR* cubiertos] como la cantidad máxima de su bolsillo para *[insert service category]* aplican a su *[insert service category]* cubierto. Esto quiere decir que una vez haya pagado *either* *[insert MOOP]* para sus servicios médicos [*insert as applicable:* de la Parte A o la Parte B *OR* cubiertos] *o* [*insert service category OOP max*] por su [*insert service category*], el plan cubrirá su [*insert service category*] sin costo para usted durante el resto del año.]

[*Insert if plan has more than one service category MOOP:* El plan tiene un monto máximo de su bolsillo para los siguientes tipos de servicios:

* [*Plans should insert a separate bullet for each service category MOOP:* Nuestro monto máximo de su bolsillo para *[insert service category]* es *[insert service category MOOP].* Una vez que usted haya pagado *[insert service category MOOP]* de su bolsillo para *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo para usted por el resto del año calendario.] [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* Tanto la cantidad máxima de bolsillo para los servicios médicos *[insert as applicable:* de la Parte A y la Parte B *OR* cubiertos] como la cantidad máxima de su bolsillo para *[insert service category]* aplican a su *[insert service category]* cubierto. Esto quiere decir que una vez haya pagado *either* *[insert MOOP]* para sus servicios médicos [*insert as applicable:* de la Parte A o la Parte B *OR* cubiertos] *o* [*insert service category OOP max*] por su [*insert service category*], el plan cubrirá su [*insert service category*] sin costo para usted durante el resto del año.]

#### Sección 1.6 ¿De qué manera la “facturación de saldos” afecta sus costos?

*[Note to plans: this section is in reference to balance billing allowed under 42 CFR 422.216(b)(1).]*

[*Insert this paragraph if plan prohibits balance billing:*Nuestro plan no permite la “facturación de saldos”. Esto significa que se le permite a un proveedor cobrar sólo las cantidades de costo compartido del plan y no se le permite cobrar ni facturar más por los servicios. La facturación de saldo está prohibida por los proveedores que proporcionan servicios cubiertos a los miembros de *[insert 2017 plan name]*.]

[*Insert this paragraph if plan allows balance billing:* Además de cobrar los montos del costo compartido del plan de los miembros de *[insert 2017 plan name]*, los proveedores pueden “facturar el saldo” de los miembros hasta *[insert balance billing amount of 15 or less]*% del la cantidad del pago total del plan para los servicios. *[If balance billing is allowed only for certain services, indicate so and list those services.]* Nota: Si usted está inscrito en un programa estatal de Medicaid y se mantiene indemne de participación en los costos compartidos de Medicare, *[insert 2017 plan name]* no permite que un proveedor le facture el saldo.]

[*Insert this paragraph if the plan allows hospitals to balance bill:* Los hospitales que desean facturar saldos deben darle un notificación antes de proporcionar cualquier servicio hospitalario cuyo monto de facturación de saldo podría ser mayor a $500. La notificación debe incluir la siguiente información:

1. Un aviso de que la facturación de saldo se permite para esos servicios;
2. Un estimado de buena fe de la cantidad probable de la facturación de saldos basada en su condición;
3. Y, la cantidad de cualquier deducible, coseguro, y copago que usted podría tener que pagar, además de la cantidad de facturación de saldo.]

[*Insert if applicable*: Los proveedores también tienen que darle un aviso de la cantidad estimada de su costo compartido para los siguientes servicios: *[describe type(s) of service and cost-sharing threshold for providing a notice]*.]

Hay un tipo adicional de facturación de saldos que los médicos que no participan en Medicare y que no están en la red del plan tienen derecho a cobrar. Sin embargo, usted nunca tendrá este tipo de facturación de saldos. El proveedor cobrará esta cantidad de facturación de saldos de nosotros y usted sólo pagará el monto del costo compartido. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la cantidad que tiene que pagarle a un proveedor, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

### SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar lo que está cubierto para usted y cuánto va a pagar

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

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios *[insert 2017 plan name]* y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios detallados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

* Sus servicios cubiertos de Medicare deben ser facilitados según las reglas de cobertura establecidas por Medicare.
* Sus servicios (incluyendo cuidados, servicios, suministros, y equipos médicos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar, o tratar su afección médica y cumplen los estándares aceptados en la práctica médica.
* Sin la autorización previa, la notificación previa o remisión se requiere como condición de cobertura cuando los servicios médicos necesarios, cubiertos por el plan son proporcionados a nuestros miembros.
* [*Insert as applicable:* También es posible que le cobremos los “costos administrativos” por citas a las que no asista o por no pagar sus costos compartidos requeridos al momento del servicio. Llame a Servicios a los Miembros si tiene preguntas sobre estos costos administrativos. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

Otros temas importantes que debe conocer acerca de nuestra cobertura:

* Al igual que todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted pagará *más* en nuestro plan de lo que usted pagaría en Medicare Original. Para otros servicios, usted pagará *menos.* (Si quiere saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su Manual de *Medicare y Usted del 2017*. Véalo en la página de Internet [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/) o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
* Para todos los servicios preventivos que se cubren sin costo bajo Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. [*Insert as applicable:* Sin embargo, si se le trata o monitorea por una afección médica existente durante la visita en la que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por el cuidado recibido por la afección médica existente.]
* En algunas ocasiones, Medicare añade cobertura bajo Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare añade servicios durante 2017, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

**Apple icon.**Apple icon. Usted verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

***[Instructions on completing benefits chart:***

* *When preparing this Benefits Chart, please refer to the instructions for completing the standardized/combined ANOC/EOC.*
* *For any benefits for which the plan uses Medicare amounts for member cost-sharing in their approved bid, the plan may insert the 2016 Medicare amounts; note that these amounts may change in 2017, and the plan will provide updated rates as soon as Medicare releases them.*
* *For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit than Original Medicare do not need to include given description (unless still applicable) and may instead describe plan benefit.*
* *Optional supplemental benefits are not permitted within the chart; plans that would like to include information about optional supplemental benefits within the EOC may describe these benefits within Section 2.2.*
* *All partial and full network PFFS plans with differential cost-sharing for in and out-of-network services should clearly indicate for each service applicable the cost-sharing amount for network and out-of-network providers and facilities.*
* *Plans that have tiered cost-sharing based on provider and/or benefit should clearly indicate for each service the cost-sharing for each tier, in addition to defining what each tier means and how it corresponds to the characters or footnotes indicating such in the provider directory (when one reads the provider directory, it is clear what the symbol or footnote means when reading this section of the EOC).*
* *Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the benefits chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.*
* *Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might impact a beneficiary’s access to services within the chart.*
* *Plans may add references to the list of exclusions in Sec. 3.1 as appropriate.*
* *Plans must make it clear for enrollees (in the sections where enrollee cost sharing is shown) whether their hospital copays or coinsurance apply on the date of admission and/or on the date of discharge.]*

Tabla de beneficios médicos

| Servicios que están cubiertos para usted | Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios | |
| --- | --- | --- |
| Apple icon.Apple icon.Examen preventivo de aneurisma aórtico abdominal  Un ultrasonido diagnóstico de una sola vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para el mismo de su médico, asistente médico, enfermera especializada o enfermera clínica especializada. *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiarios elegibles para este examen preventivo. | |
| Servicios de ambulancia   * Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios por avión, helicóptero, y ambulancia regular, a las instalaciones apropiadas más cercanas que puedan facilitar cuidados únicamente si son facilitados a un miembro cuya condición médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si han sido autorizados por el plan. * El transporte por ambulancia en un caso que no sea una emergencia es apropiado si se ha documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es necesario por razones médicas. | *[List copays / coinsurance / deductible. Specify whether cost-sharing applies one-way or for round trips.]* | |
| Apple icon.Apple icon.Visita anual de revisión médica  Si ha tenido Parte B más de 12 meses, puede tener una visita anual de revisión médica para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Esto se cubre cada 12 meses.  **Nota**: Su primera visita de revisión médica anual no puede tener lugar dentro de los 12 meses siguientes a su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare.” Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las visitas anuales de revisión médica después de haber tenido Parte B durante 12 meses. | No hay coseguro, copago, ni deducible para la visita de revisión médica anual. | |
| Apple icon.Apple icon.Medida de masa ósea  Para las personas elegibles (generalmente, esto quiere decir las personas con riesgo de perder masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios:procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea, o determinar calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por parte de un médico.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare | |
| Apple icon.Apple icon.Examen preventivo de senos (mamografías)  Los servicios cubiertos incluyen:   * Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 años * Una mamografía de examen preventivo cada 12 meses para las mujeres de 40 años de edad o mayores * Exámenes de seno clínicos una vez cada 24 meses   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para las mamografías preventivas cubiertas. | |
| Servicios de rehabilitación cardíaca  Programas exhaustivos de servicios de rehabilitación cardiaca que incluyen ejercicio, educación, y asesoramiento cubiertos para los miembros que reúnen ciertas condiciones con *[insert as appropriate:* la remisión *OR* la orden] de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardiaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardiaca.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Apple icon.Apple icon.Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)  Cubrimos una visita anual con su médico primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial, y le dé sugerencias para asegurarse de que coma bien.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo de la terapia conductual intensiva de enfermedades cardiovascular.­ | |
| Apple icon.Apple icon.Pruebas de enfermedad cardiovascular  Análisis de la sangre para la detección de la enfermedad cardiovascular (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada cinco años (60 meses).  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para un chequeo de la enfermedad cardiovascular cubierto cada cinco años. | |
| Apple icon.Apple icon.Examen preventivo de cáncer cervical y vaginal  Los servicios cubiertos incluyen:   * Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos cubiertos una vez cada 24 meses. * Si tiene alto riesgo de cáncer cervical o ha tenido una prueba anormal de Papanicolau y está en la edad en la que puede tener hijos: una prueba de Papanicolau cada 12 meses   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolau o pélvicos. | |
| Servicios quiroprácticos  Los servicios cubiertos incluyen:   * [*If the plan only covers manual manipulation, insert:* Solo cubrimos]manipulación de la columna para corregir la subluxación.   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Apple icon.Apple icon.Examen preventivo de cáncer colorrectal  Para las personas de 50 años de edad o más, se cubre lo siguiente:   * Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario de examen preventivo como alternativa) cada 48 meses * Prueba fecal de sangre oculta, cada 12 meses   Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:   * Colonoscopía preventiva (o enema de bario de examen preventivo como alternativa) cada 24 meses   Para las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:   * Colonoscopía preventiva cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses siguientes a un sigmoidoscopía preventiva   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para un examen preventivo de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.  *[If applicable, list copayment and/or coinsurance charged for barium enema.]* | |
| *[Also list any additional benefits offered.][Include row if applicable. If plan offers dental benefits as optional supplemental benefits, they should not be included in the chart. Plans may describe them in Section 2.2 instead.]*  Servicios dentales  En general, los servicios dentales preventivos (tales como los limpiados, los exámenes dentales de rutina, y los rayos X dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Nosotros cubrimos:  *[List any additional benefits offered, such as routine dental care.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Apple icon.Apple icon.Examen preventivo de depresión  Cubrimos un examen preventivo de depresión al año. El examen debe ser llevado a cabo en un entorno de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y referidos.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para la visita de examen preventivo anual de depresión. | |
| Apple icon.Apple icon.Examen preventivo de diabetes  Cubrimos este examen preventivo (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o historial de alto azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas pueden también estar cubiertas si satisface otros requisitos, como pesar demasiado y tener historial de diabetes en la familia.  Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos exámenes preventivos de diabetes cada 12 meses.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para las pruebas preventivas de diabetes cubiertas. | |
| Apple icon.Apple icon.Instrucción de autocontrol de diabetes, servicios e insumos para la diabetes  *[Plans may put items listed under a single bullet in separate bullets if the plan charges different copays. However, all items in the bullets must be included.]* Para todas las personas que tienen diabetes (tanto los que utilizan insulina como los que no la utilizan). Los servicios cubiertos incluyen:   * Insumos para monitorizar su glucosa sanguínea: Monitor de glucosa sanguínea, tiras de prueba de glucosa sanguínea, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y los monitores * Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par por año de calendario de zapatos moldeados a la medida terapéuticos (incluyendo plantillas provistas con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas no hechas a la medida que pueden quitarse y se proveen con esos zapatos). La cobertura incluye pruebas de ajuste correcto. * La instrucción de autocontrol de diabetes se cubre bajo ciertas condiciones.   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Equipo médico duradero e insumos relacionados  (Para una definición de “equipo médico duradero”, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 10 *OR* Capítulo 12] de este folleto.)  Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación: sillas de rueda, muletas, camas de hospital, bombas de infusión intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizadores, y andadores.  [*Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Cubrimos todos los equipos médicos duraderos necesarios por razones médicas cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o fabricante en particular, usted tal vez pueda solicitar que hagan un pedido especial para usted. [*Insert as applicable*: Incluimos una copia de nuestra lista de proveedores de equipo médico duradero en el sobre con este folleto.]La lista más reciente de proveedores [*insert as applicable*: también] está disponible en nuestro sitio web en *[insert URL]*.]  [*Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Con este documento de *Evidencia de Cobertura*, le enviamos la lista de equipo médico duradero de [*insert 2017 plan name*]. La lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubriremos. [*Insert as applicable*: Incluimos una copia de nuestra lista de proveedores de equipo médico duradero en el sobre con este folleto]. Esta lista más reciente de las marcas, fabricantes, y proveedores se encuentra disponible en nuestra página de Internet *[insert URL]*.  Generalmente, *[insert 2017 plan name]* cubre cualquier equipo médico durable cubierto por Medicare Original de entre las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es usted nuevo en [*insert 2017 plan name*] y está utilizando una marca de equipo médico durable que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca para usted durante un máximo de 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este periodo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que le dé un referido para que le den una segunda opinión.)  Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor puede poner una apelación. También puede poner una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de qué producto o marca es apropiada para su afección médica. (Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9], *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).*)] | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidados de emergencia  El cuidado de emergencia se refiere a servicios que:   * Son proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y * Se necesitan para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.   Unaemergencia médicaes cuando usted o cualquier otra persona prudente no profesional con conocimientos promedios de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren inmediata atención médica para evitar perder la vida, perder extremidades, o perder la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor serio o una afección médica que está empeorando rápidamente.  [*Plans with a network insert*: Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.]  *[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. or as a supplemental world-wide emergency/urgent coverage.]* | | *[List copays / coinsurance/. If applicable, explain that cost-sharing is waived if member admitted to hospital.]* |
| Apple icon.Apple icon.Programas de educación de salud y bienestar  *[These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness, and stress management. Describe the nature of the programs here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]* | | *[List copays / coinsurance/ deductible]* |
| Servicios de audición  Las evaluaciones diagnósticas de oído y equilibrio llevadas a cabo por su [*insert as applicable:* PCP *OR* proveedor] para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado de paciente ambulatorio cuando están proporcionadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.  *[List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.]* | | [*List copays / coinsurance / deductible*] |
| Apple icon.Apple icon.Examen de VIH  Para las personas que piden una prueba diagnóstica de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos:   * Un examen diagnóstico cada 12 meses   Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos:   * Hasta un máximo de tres exámenes diagnósticos durante un embarazo   *[Also list any additional benefits offered.]* | | No hay coseguro, copago, ni deducible para los beneficiarios elegibles para un examen diagnóstico preventivo de VIH cubierto por Medicare. |
| Cuidado de agencia de salud en el hogar  *[If needed, plans may revise language related to the doctor certification requirement.]* Antes de recibir servicios de salud en el hogar, el médico debe certificar que usted necesita servicios de salud en el hogar y ordenar que una agencia de salud en el hogar provea servicios de salud en el hogar. Usted debe estar confinado en el hogar, lo cual quiere decir que irse de casa constituye gran esfuerzo.  Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:   * Servicios de enfermería especializada y auxiliares de cuidados en el hogar, a tiempo parcial o intermitentes (Para que se cubran bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud en el hogar juntos deben ser de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) * Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla * Servicios médicos y sociales * Equipo e insumos médicos | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidado de hospicio  Debe recibir cuidado de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses de vida o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Los servicios cubiertos incluyen:   * Medicamentos para controlar los síntomas y paliar el dolor. * Cuidado paliativo de corto plazo * Cuidado en el hogar   Cuidados de hospicio (continuación)  Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original normalmente paga.  Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal: Si usted necesita servicios que no son de emergencia o urgencia, que están cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare, y que no están relacionados con su pronóstico terminal, [*non-network PFFS plans, insert:* usted paga el costo compartido del plan para los proveedores que se consideren.][*network PFFS plans insert:* el costo de estos servicios depende si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:   * Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el monto correspondiente a los costos compartidos de la red * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido del plan para los proveedores que se consideren.]   Para los servicios que están cubiertos por *[insert 2017 plan name]* pero no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: *[insert 2017 plan name]* seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B sin importar que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted pagará los costos compartidos de su plan para estos servicios.  Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4(*Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare*).  **Nota:** Si usted necesita cuidados que no sean de hospicio (cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal), usted debería comunicarse con nosotros para coordinar esos servicios. El obtener cuidados que no sean de hospicio a través de nuestra red de proveedores reducirá sus costos compartidos por esos servicios.  [*Insert if applicable, edit as appropriate:* Nuestro plan cubre servicios de consulta para hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido obtener el beneficio de hospicio.] | | Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionadas con su pronóstico terminal son pagados por Medicare original, no por *[insert 2017 plan name]*.  *[Include information about cost-sharing for hospice consultation services if applicable.]* |
| Apple icon.Apple icon.Inmunizaciones  Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:   * Vacunas contra la neumonía * Vacunas para la gripe, una vez al año en otoño o invierno. * Vacuna de Hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B * Otras vacunas si tiene riesgo y satisfacen las reglas de cobertura de Medicare parte B   *[MA-only plans, delete]* También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | No hay coseguro, copago, ni deducible para las vacunas de pulmonía, gripe y hepatitis B. |
| Cuidado de hospital de paciente interno  Incluye servicios de hospitalización para cuidados agudos, cuidados de rehabilitación, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de cuidados. Los cuidados de hospitalización empiezan el día en que usted es formalmente ingresado en el hospital a través de una orden del médico. La hospitalización termina el día antes de ser dado de alta del hospital.  [List days covered and any restrictions that apply.] Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:   * Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería general * Salas de cuidados especiales (tales como salas de cuidados intensivos o cuidados coronarios) * Fármacos y medicamentos * Pruebas de laboratorio * Rayos X y otros servicios de radiología * Suministros médicos y quirúrgicos necesarios * Uso de aparatos tales como sillas de ruedas * Costos de sala de operaciones y recuperación * Terapia física, ocupacional, y del habla * Servicios hospitalizados para abuso de sustancias. | | *[List all cost-sharing (deductible, copay*­*ments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost-sharing is based on the original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/ explanation of approved benefit period here.]* [*Plans that use per-admission deductible include:* Un deducible por admisión se aplica una vez durante el período definido del beneficio.] *[In addition, if applicable, explain all other cost-sharing that is charged during a benefit period.]* |
| Cuidado de hospital de paciente interno (continuación)   * Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. [*Partial or full network PFFS plans with contracts with transplant providers outside of the community insert:* Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicios.Si nuestros servicio de trasplante de la red son en un lugar distante, usted puede elegir obtener sus servicios de trasplante localmente o en un centro remoto ofrecido por el plan, siempre que el proveedor del trasplante esté dispuesto a aceptar las tarifas de Medicare Original. Si *[insert 2017 plan name]* ofrece servicios de trasplante en un centro remoto (fuera del área de servicio) y usted elige obtener trasplantes en este centro remoto, haremos los arreglos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.] *[Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.]* * Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted debe ya sea pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene que donar la sangre ustedmismo u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta que usted reciba. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Servicios médicos   **Nota:** Para ser hospitalizado, su proveedor deberá escribir una orden para ingresarlo formalmente como paciente internado del hospital. Aún cuando usted pasara la noche en el hospital, tal vez aún se le considere como paciente “ambulatorio”. Si usted no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, debería preguntar al personal del hospital.  Usted también puede obtener más información en el folleto informativo de Medicare “¿Es Usted Paciente Interno o Ambulatorio de Hospital? Si usted tiene Medicare – ¡Pregúntelo!” Esta hoja de datos puede encontrarse en la web en <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf> o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana. | | [*If cost-sharing is* ***not*** *based on the original Medicare or plan-defined benefit period, explain here when the cost-sharing will be applied. If it is charged on a per admission basis, include as applicable:* Se cobra un deducible y otros costos compartidos por cada estancia de paciente interno.]  *[If inpatient cost-sharing varies based on hospital tier, enter that cost-sharing in the data entry fields.]* |
| Cuidado de salud mental de paciente interno   * Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren estancia en un hospital. *[List days covered, restrictions such as 190-day lifetime limit for inpatient services in a psychiatric hospital. The 190-day limit does not apply to inpatient mental health services provided in a psychiatric unit of a general hospital.]* | | [*List all cost-sharing (deductible, copay*­*ments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost-sharing is based on the original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/explanation of approved benefit period here. Plans that use per-admission deductible include:* Aplica un deducible por cada admisión, para cada periodo de beneficio definido*. [In addition, if applicable, explain all other cost-sharing that is charged during a benefit period.]*  [*If cost-sharing is* ***not*** *based on the original Medicare or plan-defined benefit period, explain here when the cost-sharing will be applied. If it is charged on a per admission basis, include as applicable:* Se cobra un deducible y otros costos compartidos por cada estancia de paciente interno.]] |
| Servicios de paciente interno cubiertos durante una estancia de paciente interno no cubierta  *[Plans with no day limitations on a plan’s hospital or SNF coverage may modify or delete this row as appropriate.]*  Si se le han acabado los beneficios de paciente interno o si la estancia de paciente interno no es razonable y necesaria, no cubriremos su estancia de paciente interno. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en la clínica de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility - SNF). Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios médicos * Pruebas diagnósticas (como las pruebas de laboratorio) * Terapia de Rayos X, radio e isotopos, incluyendo materiales y servicios de técnico * Vendajes quirúrgicos * Entablillados, enyesados y otros métodos y aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones * Prótesis y aparatos ortóticos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluyendo el tejido contiguo), o todo o parte de la función de un órgano del cuerpo interno permanentemente inoperativo o que funcione mal, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos * Collarines de pierna, brazo y cuello; armaduras, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones, y reemplazos requeridos debido a roturas, desgaste, pérdida, o un cambio en la condición física del paciente * Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Apple icon.Terapia médica de nutrición  Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no tienen diálisis), o después de un trasplante de riñón, cuando su médico [*insert as appropriate:* lo remite *OR* u ordena].  Nosotros cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento individual el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y dos horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento, o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con [*insert as appropriate:* una remisión *OR* orden] del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su *[insert as appropriate:* remisión *OR* orden] anualmente si se necesita que su tratamiento continue el año calendario siguiente.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | No hay coseguros, copago, ni deducible |
| Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare  Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:   * Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente externo de hospital, o de centro quirúrgico ambulatorio. * Medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como los nebulizadores) que se autorizaron en el plan * Factores de coagulación que se administra usted mismo con una inyección si tiene hemofilia * Medicamentos inmunosupresores, si usted está inscrito en la Parte A de Medicare cuando se realice el trasplante del órgano. * Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado al hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifique estaba relacionada a osteoporosis de después de la menopausia, y no puede administrarse el medicamento usted misma * Antígenos * Ciertos medicamentos contra el cáncer y contra las náuseas * Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anésteticos locales, y agentes estimulantes de la eritropoyesis *[plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan]* (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa) * Globulina Inmune Intravenosa para el tratamiento de enfermedades principales de deficiencia inmunológica en el hogar   *[MA-only plans delete the following paragraph]* Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que estos estén cubiertos. Lo que paga usted por sus medicamentos de recete de la Parte D se explica en el Capítulo 6. | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Apple icon.Examen y terapia de obesidad para fomentar el sostenimiento de la pérdida de peso  Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de cuidado primario, donde puede coordinarse con su plan de prevención exhaustivo. Hable con su médico o profesional de cuidado primario para obtener mayor información.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | No hay coseguro, copago, ni deducible para el examen y terapia preventivos de obesidad. |
| Pruebas diagnósticas y servicios terapéuticos e insumos de paciente ambulatorio  Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:   * Rayos X * Terapia de radiación (de radio e isótopos) incluyendo materiales e insumos de técnico *[List separately any services for which a separate copay/coinsurance applies over and above the outpatient radiation therapy copay/coinsurance.]* * Insumos quirúrgicos, tales como las vendas * Entablillados, enyesados y otros métodos y aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones * Pruebas de laboratorio * Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre y de glóbulos rojos envasados empieza únicamente con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted deberá pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, o tener sangre donada por usted u otra persona para usted. Todos los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta que usted reciba. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Otras pruebas diagnósticas de paciente externo *[Plans can include other covered tests as appropriate.]* | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de hospital de paciente ambulatorio  Cubrimos servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.  Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:   * Servicios recibidos en un departamento de urgencias o clínica de paciente ambulatorio, tales como servicios de observación o cirugía de paciente ambulatorio * Pruebas de laboratorio y diagnósticas cobradas por el hospital * Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de paciente interno sin el mismo * Rayos X y otros servicios radiológicos cobrados por el hospital * Insumos médicos tales como los entablillados y los enyesados * Ciertos exámenes y servicios preventivos * Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo   **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente interno al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de servicios ambulatorios de hospital. Aún cuando usted pasara la noche en el hospital, tal vez aún se le considere como paciente “ambulatorio”. Si no está seguro de si es paciente interno o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.  También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted paciente Interno o Ambulatorio? Si usted tiene Medicare – ¡Pregúntelo!” Esta hoja de datos puede encontrarse en la web en <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf> o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidado de salud mental de paciente ambulatorio  Los servicios cubiertos incluyen:  Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especializada, una enfermera especializada, un ayudante de médico, u otro profesional de cuidado de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio  Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla.  Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos de paciente ambulatorio, tales como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Clínicas de Rehabilitación Exhaustiva de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities - CORFs). | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de abuso de sustancias de paciente ambulatorio  *[Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.]* | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cirugía de paciente ambulatorio, incluyendo servicios provistos en clínicas de paciente ambulatorio de hospital y centros quirúrgicos ambulatorios  **Nota:** Si se le va a hacer una operación quirúrgica en una clínica de hospital, debe preguntarle a su proveedor si va a ser paciente interno o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente interno al hospital, es paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos de cirugía de paciente ambulatorio. Aún cuando usted pasara la noche en el hospital, tal vez aún se le considere como paciente “ambulatorio”. | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de hospitalización parcial  “Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto en entorno de paciente ambulatorio de hospital o por un centro de salud mental comunitario que es más intenso que el cuidado recibido en la oficina de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización de paciente interno. | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de médico/profesional médico, incluyendo visitas al consultorio del médico  Los servicios cubiertos incluyen:   * Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios en la oficina de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento de paciente ambulatorio de hospital, u otra ubicación. * Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. * Exámenes básicos de oído y equilibrio llevados a cabo por su [*insert as applicable:* PCP *OR* especialista], si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico * [*Insert if the plan has a service area and providers/locations that qualify for telehealth services under the Medicare requirements:*Ciertos servicios de telesalud, incluyendo la consulta, el diagnóstico, y el tratamiento por parte de un médico o profesional médico para pacientes en ciertas áreas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare] * Segunda opinión [*insert if appropriate:* de otro proveedor de la red] antes de la cirugía * Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplástico, o servicios que estarían cubiertos cuando los proporcionara un médico)   *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios podiátricos  Los servicios cubiertos incluyen:   * Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolón calcáneo). * Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores   *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Apple icon.Exámenes preventivos de cáncer de próstata  Para los hombres de 50 años de edad o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes - una vez cada 12 meses:   * Examen rectal dactilar * Prueba de Antígeno Prostático Específico (APE)   *[Also list any additional benefits offered.]* | | No hay coseguro, copago, ni deducible para una prueba anual de APE. |
| Aparatos prostéticos e insumos relacionados  Los aparatos (que no sean dentales) que reemplacen todo o parte de una parte o función del cuerpo. Incluyen, sin limitación: bolsas de colostomía e insumos directamente relacionados con el cuidado de colostomía, los marcapasos, los collarines, los zapatos prostéticos, las extremidades artificiales, y las prótesis de senos (incluyendo un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Incluye ciertos insumos relacionados con los aparatos prostéticos, y la reparación y/o el reemplazo de aparatos prostéticos. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas - consulte “Cuidado de Visión” más adelante en esta sección para mayores detalles. | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de rehabilitación pulmonar  Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy severa y *[insert as appropriate:* una remisión *OR* una orden] para recibir rehabilitación pulmonar de un médico que esté tratando la enfermedad respiratorio crónica.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Apple icon.Examen y asesoramiento para reducir el uso inapropiado del alcohol  Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que usan el alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol.  Si el examen indica abuso del alcohol, usted puede recibir hasta cuatro sesiones de consejos cara a cara por año (si usted está apto y alerta durante la sesión) facilitados por un médico primario o profesional de la salud calificado en un marco de cuidados primarios.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo de examen y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el uso inapropiado del alcohol. |
| Apple icon.Apple icon.Examen diagnóstico para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir ITS  Cubrimos exámenes diagnósticos de infecciones de transmisión sexual (ITS) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la Hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de cuidado primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.  También cubrimos cada año, hasta dos sesiones individuales cara a cara intensivas de 20 a 30 minutos de duración, de consejos del comportamiento para adultos sexualmente activos y presentando riesgos de contraer ITS. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si están provistas por un proveedor de cuidado primario y tienen lugar en un entorno de cuidado primario, como el consultorio de un médico.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo cubierto por Medicare de los exámenes de ITS y el asesoramiento para prevenir ITS. |
| Servicios para tratar enfermedad y condiciones renales  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios de educación de enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica de etapa IV, cuando los refiere su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedad renal en la vida. * Tratamientos de diálisis de paciente ambulatorio (incluyendo tratamientos de diálisis cuando se está fuera del área de servicio temporalmente, como se explica en el Capítulo 3) * Tratamientos de diálisis de paciente interno (si se le admite como paciente interno en un hospital para cuidados especiales) * Instrucción de autodiálisis (incluye instrucción para usted y cualquiera que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) * Equipo e insumos de diálisis en el hogar * Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando es necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para que monitoricen su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias, y para inspeccionar su equipo de diálisis y suministro de agua) * Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos bajo su beneficio de la Parte B de Medicare. Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos recetados de la Parte B, por favor consulte la sección, “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidado de clínica de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility - SNF)  (Para una definición de “centro de enfermería especializada”, consulte [*insert as applicable:* Capítulo 10 *OR* Capítulo 12] de este folleto. Las clínicas de enfermería especializada se llaman a veces “SNF”.)  *[List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]* Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:   * Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) * Comidas, incluyendo dietas especiales. * Servicios de enfermería especializada * Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla * Medicamentos que se le administren como parte de su plan de cuidado. (Esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación de sangre.) * Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted debe ya sea pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene que donar la sangre ustedmismo u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta que usted reciba. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Insumos médicos y quirúrgicos generalmente provistos por SNFs * Pruebas de laboratorio generalmente provistas por SNFs * Rayos X y otros servicios radiológicos generalmente provistos por SNFs * Uso de aparatos como sillas de ruedas generalmente provistos por SNFs * Servicios de Médico/Profesional Médico | | *[List copays / coinsurance / deductible. If cost-sharing is based on benefit period, include definition/explanation of BID approved benefit period here.]* |
| Apple icon.Apple icon.Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar tabaco)  Si usa tabaco pero no tiene señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos intentos de cesar con asesoramiento en un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.  Si usa tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicinas que pueden verse afectadas por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento de cesar. Cubrimos dos intentos para abandonar con consejería dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | No hay coseguro, copago, ni deducible para los beneficios preventivos de cese de fumar y uso de tabaco cubiertos por Medicare. |
| Servicios de urgencia  *[Full-network plans insert this row:]*  Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad imprevista que no es una emergencia, lesión, o condición que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores dentro de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente.  [*Plans with a network insert*: Los costos compartidos para servicios de urgencia necesarios proporcionados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.]  *[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. or as a supplemental world-wide emergency/urgent coverage.]* | | *[List copays / coinsurance. Plans should include different copayments for contracted urgent care centers, if applicable]* |
| Apple icon.Apple icon.Cuidados de la vista  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios de médico de paciente ambulatorio para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular senil. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. * Para las personas que tienen alto riesgo de glaucoma, tales como las personas con historial familiar de glaucoma, las personas con diabetes, y los afroamericanos de 50 años de edad o más: examen preventivo de glaucoma una vez al año. * Para personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. * *[Adapt this description if the plan offers more than is covered by Original Medicare.]* Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía para las cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía.)   *[Also list any additional benefits offered, such as supplemental vision exams or glasses. If the additional vision benefits are optional supplemental benefits, they should not be included in the benefits chart; they should be described within Section 2.2.]* | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Apple icon.Visita Preventiva de “Bienvenido a Medicare”  El plan cubre la visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare.” La visita incluye un examen de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes preventivos y vacunas), y referidos para otros tipos de cuidad si se necesitan.  **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, dígale a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare.” | | No hay coseguro, copago, ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare.” |

#### Sección 2.2 Beneficios “suplementarios opcionales” extra que puede comprar

*[Include this section if you offer optional supplemental benefits in the plan and describe benefits below. You may include this section either in the EOC or as an insert to the EOC.]*

Nuestro plan ofrece beneficios extra que no cubre Medicare Original y que no se incluyen en su paquete de beneficios de miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan “**Beneficios suplementarios opcionales.**”Si quiere estos beneficios suplementarios opcionales, debe apuntarse para ellos [*insert if applicable:* y es posible que tenga que pagar una prima adicional por ellos]. Los beneficios suplementarios opcionales descritos en *[insert as applicable:* esta sección *OR* el documento adjunto] están sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio.

*[Insert plan specific optional benefits, premiums, deductible, copays and coinsurance and rules using a chart like the Benefits Chart above. Insert plan specific procedures on how to elect optional supplemental coverage, including application process and effective dates and on how to discontinue optional supplemental coverage, including refund of premiums. Also insert any restrictions on members’ re-applying for optional supplemental coverage (e.g., must wait until next annual enrollment period).]*

#### Sección 2.3 Cómo obtener atención utilizando el beneficio de visitante/viajero opcional de nuestro plan

*[Non-network PFFS plans exclude this section]*

[*Full and Partial network PFFS plans: If your plan offers a visitor/traveler program to members who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the visitor/traveler benefits and rules related to receiving the out-of-area coverage. The visitor/travel benefit applies to all the categories of services for which the plan has established a network of providers. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR 422.74(b)(4)(iii) (for more than six months up to 12 months) also explain that here based on the language suggested below.*

Cuando está ausente continuamente del área de servicio de nuestro plan durante más de seis meses, generalmente tenemos que cancelar su suscripción en nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos como un beneficio suplementario, un programa para visitantes/viajeros *[specify areas* *where the visitor/traveler program is being offered],* lo que le permitirá permanecer inscrito en nuestro plan cuando está fuera de nuestra área de servicio durante menos de 12 meses. Este programa está disponible para todos los miembros de *[insert 2017 plan name]* que estén en el área de visitante/viajero temporalmente. Bajo nuestro programa de visitante/viajero, puede recibir todos los servicios cubiertos por el plan a costos compartidos de dentro de la red. Póngase en contacto con el plan para obtener ayuda para localizar un proveedor cuando utilice el beneficio de visitante/viajero.

Si está en el área de visitante/viajero, puede permanecer inscrito en nuestro plan hasta un máximo de 12 meses. Si no ha vuelto al área de servicio del plan dentro de los 12 meses, se le cancelará la inscripción en el plan.]

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

#### Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección detalla qué tipos de servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos bajo este plan. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no cubre el servicio.

El cuadro a continuación describe ciertos servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que se cubren bajos condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos usted mismo. No pagaremos por los servicios médicos en el cuadro de abajo excepto bajo las condiciones específicas que se indican. La única excepción: pagaremos por un servicio dentro del cuadro de abajo que es considerado, tras apelación, ser un servicio provechoso por razones médicas y que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9], Sección 5.3 de esta publicación.)

Todas las exclusiones y limitaciones a los servicios se detalladan en el Cuadro de beneficios, o en el cuadro de abajo.

Incluso si usted recibió servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará.

[*The services listed in the chart below are excluded from Original Medicare’s benefit package. If any services below are covered supplemental benefits, delete them from this list. When plans partially exclude services excluded by Medicare, they need not delete the item completely from the list of excluded services but may revise the text accordingly to describe the extent of the exclusion. Plans may add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may also add exclusions as needed.]*

| **Servicios no cubiertos por Medicare** | **No cubiertos en ningún caso** | **Cubiertos únicamente para afecciones específicas** |
| --- | --- | --- |
| Los servicios considerados como no razonables y necesarios, según los estándares de Medicare Original | **√** |  |
| Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos.  Procedimientos y artículos experimentales son aquellos que no son determinados por nuestro plan y por Medicare Original, ser generalmente aceptados por la comunidad médica. |  | **√**  Pueden estar cubiertos por Medicare Original o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan  (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para más información acerca de estudios de investigación clínica.) |
| Habitación privada en un hospital. |  | **√**  Solo se cubre cuando se considere necesario por razones médicas. |
| Artículos personales en su habitación del hospital o un centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o una televisión. | **√** |  |
| Cuidados de enfermería en el hogar a tiempo completo | **√** |  |
| \* Cuidados de custodia, que son cuidados facilitados en una residencia de ancianos, hospicio, u otro centro cuando usted no requiere cuidados médicos especializados o cuidados de enfermería especializados. | **√** |  |
| Los servicios de la casa incluyen asistencia básica con las tareas de la casa, incluyendo limpieza básica o preparación de comidas ligeras. | **√** |  |
| Cargos cobrados por sus familiares inmediatos que viven en su hogar. | **√** |  |
| Cirugía o procedimientos cosméticos |  | **√**   * Se cubre si son necesarios por herida accidental o para mejorar una parte del cuerpo malformada..      * Cubiertos para todas las etapas de la reconstrucción de pecho está cubierta después de una mastectomía, incluyendo el seno no afectado para producir una apariencia simétrica. |
| Cuidados dentales rutinarios, tales como limpiezas, empastes o dentaduras. | **√** |  |
| Cuidados dentales no rutinarios. |  | **√**  Cuidados dentales no rutinarios que se necesitan para tratar una enfermedad o herida pueden estar cubiertos como cuidados ambulatorios o internados. |
| Cuidados quiroprácticos de rutina |  | **√**  La manipulación manual de la espina dorsal para corrregir la subluxación está cubierta. |
| Cuidados rutinarios de los pies |  | **√**  Alguna cobertura limitada facilitada según las normas de Medicare, por ej., si tiene diabetes. |
| Comidas a domicilio | **√** |  |
| Zapatos ortopédicos |  | **√**  Si los zapatos son parte de un soporte de la pierna y estén incluidos en el costo del soporte o bien que los zapatos sean para una persona con enfermedad de los pies debida a la diabetes |
| Aparatos de soporte para los pies |  | **√**  Zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas con enfermedad de los pies debida a la diabetes. |
| Exámenes del oído rutinarios, audífonos, o exámenes para ajustar los audífonos. | **√** |  |
| Anteojos, exámenes de la vista rutinarios, queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otros aparatos para visión limitada. |  | **√**  Los exámenes de la vista rutinarios y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas. |
| Reversión de un procedimiento de esterilización y suministros de anticonceptivos no recetados. | **√** |  |
| Acupuntura | **√** |  |
| Servicios de medicina natural (que utilizan tratamientos naturales o alternativos). | **√** |  |

\*Los cuidados de custodia son cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, tales como cuidados que lo ayudan con las actividades diarias, tales como asearse o vestirse.

*[PFFS without Part D coverage: Omit this chapter]*

Capítulo 5

Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

## Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 106

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D 106

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan 107

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red [*insert if applicable:* o a través del servicio de pedido por correo del plan] 108

Sección 2.1 Para que se le cubra la receta, utilice una farmacia de la red 108

Sección 2.2 Para encontrar farmacias de la red 108

Sección 2.3 Uso de los servicios de encargo por correo del plan 109

Sección 2.4 ¿Cómo puedo obtener un suministro de largo plazo de medicamentos? 112

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no está en la red del plan? 113

SECCIÓN 3 Sus medicamentos tienen que estar en la “Lista de Medicamentos” del plan 114

Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” dice qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 114

Sección 3.2 Hay *[insert number of tiers]* “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos 115

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos? 116

SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos 116

Sección 4.1 ¿Por qué tienen restricciones algunos medicamentos? 116

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 117

Sección 4.3 ¿Aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos? 118

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desearía que estuviera cubierto? 118

Sección 5.1 Hay cosas que puede usted hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que desearía que estuviera cubierto 118

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera? 119

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree es demasiado alto? 122

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos? 123

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 123

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando? 123

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 124

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 124

SECCIÓN 8 Enseñe su tarjeta de miembro del plan cuando surta una receta 126

Sección 8.1 Enseñe su tarjeta de miembro 126

Sección 8.2 ¿Y si no ha traído su tarjeta de miembro? 126

SECCIÓN 9 Cobertura de la Parte D en situaciones especiales 127

Sección 9.1 ¿Y si está en un hospital o clínica de enfermería especializada que está cubierta por el plan? 127

Sección 9.2 ¿Qué pasa si es usted residente de una clínica de cuidado a largo plazo (Long-Term Care - LTC)? 127

Sección 9.3 ¿Y si está también recibiendo cobertura de medicamentos de un plan grupal de empleador o jubilado? 128

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare? 129

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos 129

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos con seguridad 129

Section 10.2 Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) [*insert if plan has other medication management programs:* y otros] programa [*insert if* *applicable:* “s”] para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos 130

question markquestion mark. **¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?**

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados pagar por sus medicamentos. Estos incluyen el programa de “Ayuda Adicional” y Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica; *OR* El programa de “Ayuda Adicional” ayuda a personas con recursos limitados pagar por sus medicamentos.] Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

**¿Está recibiendo ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?**

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos de medicamentos de receta de la Parte D**[*insert as applicable:* **puede no aplicarle** *OR* **no le aplica**] **a usted.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider]* [*insert as appropriate:* Hemos incluidos *OR* Le enviamos] un documento aparte, llamado la “Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Pagar por Medicamentos de Receta” (también llamado la “Cláusula Adicional de Subvención de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy - LIS)” o la “Cláusula Adicional LIS”), que le habla de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, por favor llame a Servicios para Miembros y pregunte sobre el “Cláusula Adicional LIS”. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las reglas para utilizar su cobertura para medicamentos de la Parte D**. El capítulo siguiente le dice lo que paga por medicamentos de la Parte D (Capítulo 5, *Lo que paga por sus medicamentos de receta de la Parte D*)*.*

Además de su cobertura por medicamentos de la Parte D, *[insert 2017 plan name]* también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan: A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare,por lo general, nuestro plan cubre los medicamentos que usted recibe cuando está hospitalizado o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que paga usted)* le informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos durante una hospitalización o estadía en un centro de enfermería especializada cubierta, además de sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Es posible que sus medicamentos estén cubiertos por Medicare Original si usted está en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre la Parte A y la Parte B de Medicare, y los servicios y medicamentos de la Parte D no relacionados con su pronóstico terminal y condiciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos bajo el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, vea la Sección 9.4 (*Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare*). Para obtener información sobre la cobertura de hospicio, vea la sección de hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que paga usted).*

Las siguientes secciones analizan la cobertura de los medicamentos bajo las reglas de 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 Medicare Original.

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

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

* Usted debe tener un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada) para dar recetas.
* Su profesional que receta medicamentos debe aceptar Medicare o presentar documentación al CMS que demuestre que está calificado para recetar medicamentos, o su reclamo de la Parte D será rechazado. Debe preguntar al profesional que receta sus medicamentos la próxima vez que lo llame o lo visite si cumple con esta condición. De no ser así, tenga en cuenta que toma tiempo que el profesional que receta sus medicamentos presente todo el papeleo necesario a ser procesado.
* Por lo general, usted debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Debe surtir sus recetas en una farmacia de la red [insert if applicable:* *o a través del servicio de pedido por correo del plan].*)
* Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*  (nosotros la llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar) del plan. (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos tienen que estar en la “Lista de Medicamentos del plan”*.)
* Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada médicamente. Una “indicación aceptada médicamente” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para mayor información acerca de la indicación aceptada médicamente.)

### SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red [*insert if applicable:* o a través del servicio de pedido por correo del plan]

#### Sección 2.1 Para que se le cubra la receta, utilice una farmacia de la red

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos de receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” quiere decir todos los medicamentos de receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos del plan.

[*Include if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its networks*: Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costo compartido estándar y farmacias que ofrecen costo compartido preferido. Puede ir a cualquiera de esos tipos de farmacias de la red para recibir sus medicamentos de receta cubiertos. Su costo compartido puede ser menor en farmacias con costo compartido preferido.]

#### Sección 2.2 Para encontrar farmacias de la red

¿Cómo puede encontrar farmacias de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de Farmacias*, visite nuestro sitio web (*[insert URL]*), o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. [*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its network:* Sin embargo, sus costos pueden ser aún más bajos para sus medicamentos cubiertos si utiliza una farmacia de la red que ofrezca costo compartido preferido en vez de una farmacia de la red que ofrezca costo compartido estándar. El *Directorio de Farmacia* le dirá cuál de las farmacias de la red ofrece costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo pueden cambiar sus gastos directos para cada medicamento.] *[Plans in which members do not need to take any action to switch their prescriptions may delete the following sentence]* Si se cambia de una farmacia de red a otra, y necesita que se le repita el surtido de un medicamento que ha estado tomando, puede pedir [*insert if applicable:* que un proveedor le escriba otra receta o] que se le transfiera la receta a su nueva farmacia de red.

¿Qué ocurre si la farmacia que ha estado utilizando deja la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando deja la red del plan, tendrá que encontrar una farmacia nueva que esté en la red. [*Insert if applicable:* O si la farmacia que ha estado utilizando se queda en la red pero ha dejado de ofrecer costo compartido preferido, puede que quiera cambiarse de farmacia.] Para encontrar otra farmacia de red en su área, puede obtener ayuda de Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) o utilizar el *Directorio de Farmacias*. [*Insert if applicable:* También puede encontrar información en nuestra página de Internet *[insert website address].*]

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en farmacias especializadas. Las farmacias especializadas incluyen:

* Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. *[Plans may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.]*
* Las farmacias que suministran medicamentos para residentes de clínicas de cuidado a largo plazo (Long-Term Care - LTC). Generalmente, una clínica de cuidado a largo plazo (como un hogar de enfermería) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir normalmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que usa la LTC. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, sírvase comunicarse con los Servicios para Miembros. *[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]*
* Las farmacias que sirven el Programa del Servicio de Salud Indio / Tribal / Salud India Urbana (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos, o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red. *[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]*
* Las farmacias que proveen medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren manejo especial, coordinación de proveedores, o educación para su uso. (Nota: Esta situación probablemente ocurrirá raramente.)

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias* o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

#### Sección 2.3 Uso de los servicios de encargo por correo del plan

*[Omit if the plan does not offer mail-order services.]*

[*Include the following information only if your mail-order service is limited to a subset of all formulary drugs, adapting terminology as needed:* Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de encargo por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos provistos a través de los encargos por correoson medicamentos que toma regularmente para condiciones médicas crónicas o de largo plazo.] [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos disponibles a través del servicio de encargo por correo del plan están marcados como **medicamentos de “encargo por correo”** en nuestra Lista de Medicamentos.] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de encargo por correo están marcados con un asterisco en nuestra Lista de Medicamentos.]

El servicio de encargo por correo de nuestro plan [*insert either:* permite *OR* requiere]que encargue [*insert either:* ***por lo menos* un suministro de [XX] días del medicamento y *no más de* un suministro de [XX] días** *OR* **un suministro máximo de [XX] días** *OR* **un suministro de [XX] días**].

*[Plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing may add language to describe both types of cost-sharing.]*

Para obtener [*insert if applicable:* formularios de encargo e] información acerca de surtir sus recetas por correo [*insert instructions*].

Generalmente, un pedido farmacéutico por correo le llegará en no más de [*insert*: XX] días. *[Insert plan’s process for members to get a prescription if the mail order is delayed.]*

*[Sponsors should provide the appropriate information below from the following options, based on i) whether the sponsor is operating under the exception for new prescriptions described in the December 12, 2013 HPMS memo; and ii) whether the sponsor offers an optional automatic refill program.* *Sponsors who provide automatic delivery through retail or other non-mail order means have the option to either add or replace the word “ship” with “deliver” as appropriate.]*

*[For new prescriptions received directly from health care providers, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Plan Sponsors operating under the auto ship policy as described in the 2014 Final Call Letter (all new prescriptions from provider offices must be verified with the beneficiary before filled), insert the following:*

**Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para saber si desea que se surta la receta inmediatamente o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le envíe el medicamento correcto (incluidos la potencia, la cantidad y la forma) y, si fuera necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se facture y se le envíe. Es importante que atienda cada vez que la farmacia se comunique con usted de manera de hacerles saber qué hacer con la nueva receta y para evitar retrasos en el envío.]

[***Option 2:*** *Plan Sponsors operating under the exception to the auto ship policy, as described in the 12/12/2013 HPMS memo (new prescriptions received directly from provider offices can be filled without beneficiary verification when conditions are met), insert the following:*

**Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**La farmacia surtirá y enviará automáticamente las recetas nuevas que reciba de proveedores de atención médica, sin verificar primero con usted, si:

* Usted usó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
* Se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de sus proveedores de atención médica. Usted puede solicitar la entrega automática de todas sus recetas nuevas ahora o en cualquier momento al *[insert instructions]*.

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea, y nadie se comunicó con usted antes del envío para preguntarle si la quería, puede que sea elegible para un reembolso.

Si usó el pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.

Si nunca usó nuestro servicio de envío por correo o si decide cancelar los surtidos automáticos de sus nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para saber si usted desea que se surta y se le envíe de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le está enviando el medicamento correcto (incluida la potencia, la cantidad y la forma) y, si es necesario, permitirle cancelar o retrasar el pedido antes de que se facture y se le envíe. Es importante que atienda cada vez que la farmacia se comunique con usted de manera de hacerles saber qué hacer con la nueva receta y para evitar retrasos en el envío.

Para darse de baja del servicio de entrega automática de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.]

*[For refill prescriptions, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Sponsors that* ***do not*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**Resurtidos de recetas de pedido por correo.** Para resurtidos, comuníquese con su farmacia *[insert recommended number of days]* días antes de que se le acaben los medicamentos que tiene para asegurarse de que su pedido se envíe a tiempo.]

*[****Option 2:*** *Sponsors that* ***do*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**Resurtidos de recetas de pedido por correo.** Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de registrarse para el servicio de pedido por correo automatizado [*optional: “*llamado *insert name of auto refill program”*]. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su próxima receta automáticamente cuando nuestros registros indiquen que su medicamento se acabará próximamente. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada envío para asegurarse de que necesita el medicamento; usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si sus medicamentos han cambiado. Si elige no usar el servicio de pedido por correo automatizado, comuníquese con su farmacia *[insert recommended number of days]* días antes de que los medicamentos que tiene se le acaben para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Para darse de baja de nuestro programa [*optional: insert name of auto refill program instead of “*nuestro programa*”*] que prepara automáticamente sus resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.

*[All plans offering mail order services, insert the following:*

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de hacer saber a la farmacia cuáles son las mejores formas para comunicarse con usted. *[Insert instructions on how enrollees should provide their communication preferences.]*]

#### Sección 2.4 ¿Cómo puedo obtener un suministro de largo plazo de medicamentos?

*[Plans that do not offer extended-day supplies: Delete Section 2.4.]*

[*Insert if applicable:* Cuando usted recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, sus costos compartidos podrían ser más bajos.] El plan ofrece [*insert as appropriate:* una manera *OR* dos maneras] de recibir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente para condiciones médicas crónicas o de largo plazo.) [*Insert if applicable:* Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (vea la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista]

1. *[Delete if plan does not offer extended-day supplies through retail pharmacies.]* **Algunas de las farmacias minoristas** de nuestra red le permiten que obtenga un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. [*Insert if applicable:* Algunas de estas farmacias minoristas [*insert if applicable:* (que ofrecen costo compartido preferido)] [*insert if applicable:* podrán] están de acuerdo en aceptar el costo compartido [*insert as appropriate:* más bajo *OR* de pedido por correo] para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento.] [*Insert if applicable:* Otras farmacias minoristas pueden no aceptar el costo compartido [*insert as appropriate:* más bajo *OR* pedido por correo] para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso usted será responsable por la diferencia en el precio.] Su *Directorio de Farmacias* le dice qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.]* [*Insert as applicable:* Para ciertos tipos de medicamentos, usted or *OR* Usted] puede utilizar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan. [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary, adapting as needed:* Los medicamentos disponibles a través del servicio de encargo por correo del plan están marcados como **medicamentos de “encargo por correo”** en nuestra Lista de Medicamentos.] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary, adapting as needed:* Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de encargo por correo están marcados con un asterisco en nuestra Lista de Medicamentos.] El servicio de encargo por correo de nuestro plan [*insert either:* permite *OR* requiere]que encargue [*insert either:* ***por lo menos* un suministro de [XX]-días y un suministro de *no más* de [XX]-días *OR* un suministro de hasta [XX]-días *OR* un suministro de [XX]-días.**] Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestro servicio de pedido por correo.

#### Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no está en la red del plan?

Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en farmacias de fuera de la red *solamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. [*Insert if applicable:* Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red afuera de nuestra área de servicio, en las que puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.] Si no puede usar una farmacia de la red, eestas son las circunstancias en las que cubrimos recetas surtidas en una farmacia que no pertenece a la red:

* *[Plans should insert a list of situations when they will cover prescriptions out of the network and any limits on their out-of-network policies (e.g., day supply limits, use of mail-order during extended out of area travel, authorization or plan notification).]*

En estas situaciones, **hable primero con Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.) Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia de fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo se le pide reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia de fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo completo (en vez de su parte normal del costo) cuando surta su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo pedirle al plan que le devuelva el dinero.)

### SECCIÓN 3 Sus medicamentos tienen que estar en la “Lista de Medicamentos” del plan

#### Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” dice qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar.**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprovado la Lista de Medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son sólo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 explica sobre los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura explicada en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que *ya sea*:

* Aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para la que fue recetado.);
* *-- o --* está apoyado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el DRUGDEX Information System, y el USPDI o su sucesor; y, para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores.)

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento de receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona exactamente igual que el medicamento de marca, y, generalmente, cuesta menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

[*Insert if applicable:*

**Medicamentos sin receta**

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta son menos costosos que los medicamentos recetados y funciona igual de bien. Para obtener más información llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).]

¿Qué *no* está en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos de receta.

* En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
* En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de Medicamentos.

#### Sección 3.2 Hay *[insert number of tiers]* “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos está en uno de los [*insert number of tiers*] niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto el nivel de costo compartido, más tiene que pagar usted por el medicamento:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se indica en el Capítulo 6 (*Lo que paga usted por sus medicamentos de receta de la Parte D*)*.*

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

Usted tiene *[insert number]* maneras de averiguarlo:

1. Revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.[*Insert if applicable:* (Tenga presente: La Lista de Medicamentos que le enviamos incluye información para los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan más corrientemente. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de Medicamentos impresa. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestra página de Internet o comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar si lo cubrimos.)]
2. Visite la página de Internet del plan (*[insert URL]*). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la que está más al día.
3. Llame a Servicios de Miembros para averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos del plan o pida una copia de la lista. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)
4. *[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the Drug List.]*

### SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos

#### Sección 4.1 ¿Por qué tienen restricciones algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos de receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros miembros a utilizar medicamentos de las maneras más efectivas. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo cual hace que su cobertura de medicamentos se mantenga más asequible.

En general, nuestras reglas le animan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione igual de bien médicamente que un medicamento de costo más alto, las reglas del plan están diseñadas para animarle a usted y a su proveedor a que utilicen la opción de costo más bajo. También necesitamos cumplir con las reglas y normativas de Medicare para la cobertura de medicamentos y los costos compartidos.

**Si hay una restricción para su medicamento, generalmente quiere decir que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas extra para que cubramos el medicamento.** Si quiere que le demos una exención de la restricción, tendrá que utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos o no acceder a no aplicar la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para mayor información acerca de pedir excepciones.)

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. La razón es que puede que apliquen restricciones o costos compartidos distintos según factores tales como la potencia, la cantidad, o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en vez de 100 mg; una al día en vez de dos al día; tableta en vez de líquido).

#### Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar medicamentos de las maneras más efectivas. Las secciones que hay a continuación le hablarán más de los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

*[Plans should include only the forms of utilization management used by the plan]*

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento “genérico” va igual de bien que un medicamento de marca y cuesta menos. [*Insert as applicable:* **En la mayoría de los casos, cuando** OR **Cuando**] **una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de red le proveerán la versión genérica.** Generalmente, no cubrimos el medicamento de marca cuando hay disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor [*insert as applicable:* nos ha dado la razón médica por la que no va a ir bien el medicamento genérico *OR* ha puesto “No pueden hacerse sustituciones” en su receta de medicamento de marca *OR* nos ha dado la razón médica de que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le irán bien a usted], entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico.)

Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que accedamos a cubrirle el medicamento. Esto se llama “**autorización previa**”. A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar primero un medicamento distinto

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos pero igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que usted pruebe el medicamento A primero. Si el Medicamento A no le va bien, el plan cubrirá entonces el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento distinto primero se llama “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede tener al limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solamente una pastilla al día para un cierto medicamento, es posible que limitemos la cobertura de su receta a no más de una pastilla al día.

#### Sección 4.3 ¿Aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o quiere tomar usted, consulte la Lista de Medicamentos. Para ver la información más al día, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) o visite nuestro sitio web (*[insert URL]*).

**Si hay una restricción para su medicamento, generalmente quiere decir que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas extra para que cubramos el medicamento.** Si hay una restricción en el medicamento que quiere tomar, debe ponerse en contacto con Servicios para Miembros para averiguar lo que usted o su proveedor necesitaría hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si quiere que le demos una exención de la restricción, tendrá que utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos o no acceder a no aplicar la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para mayor información acerca de pedir excepciones.)

### SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desearía que estuviera cubierto?

#### Sección 5.1 Hay cosas que puede usted hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que desearía que estuviera cubierto

Esperamos que su cobertura de medicamentos le funcione bien. Pero podría haber un medicamento por receta que está tomando actualmente, o que usted y su proveedor piensan que usted debería tomar, que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

* El medicamento no está cubierto. O tal vez esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión del medicamento de marca que usted quiere tomar no está cubierta.
* El medicamento está cubierto, pero hay reglas extra o restricciones en la cobertura para ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas extra para restringir su uso. *[Delete this sentence if plan does not have step therapy]* Por ejemplo, puede ser que le exijan que usted pruebe otro medicamento primero para ver si trabaja antes de que le cubran el medicamento que usted quiere tomar. *[Delete this sentence if plan does not have quantity limits]* O puede ser que haya límites en la cantidad del medicamento (número de píldoras, etc.) que se cubre durante un período de tiempo en particular. En algunos casos, puede que quiera que le demos una exención de la restricción.
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]*El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos compartidos sean más costosos que lo que usted cree.. El plan pone cada medicamento en uno de los *[insert number of tiers]* niveles diferentes de costos compartidos. Lo que usted paga por sus recetas depende en parte del nivel de costos compartidos en el que esté su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como usted quisiera. *[Delete next sentence if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]* Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

* Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué hacer.
* [*Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions*] Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su medicamento sea más costoso de lo que usted cree, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

#### Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido, he aquí cosas que puede hacer:

* Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros que están en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o poner una solicitud para que se cubra el medicamento.
* Puede cambiar de medicamento.
* Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que quite las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias,el plan puede ofrecer un suministro temporal de medicamentos cuando su medicamento no esté en la Lista de Medicamentos o cuando esté restringido de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio de cobertura y decidir lo que hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe reunir los dos requisitos que se indican a continuación:

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

* El medicamento que ha estado tomando **ha dejado de estar en la Lista de Medicamentos del plan**.
* -- o -- el medicamento que ha estado tomando **está restringido ahora de alguna manera** (la Sección 4 de este capítulo le habla de las restricciones).

**2. Debe usted estar en una de las situaciones descritas a continuación:**

* *[Sponsors may omit this scenario if all current members will be transitioned in advance for the following year]* **Para miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado y no residan en una institución de cuidado extendido (LTC):**

Nosotros cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros** *[****insert time period (must be at least 90 days)****]* **de su membresía en el plan si es nuevo, y durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days)]* del año calendario si estaba en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será por un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]*. Si le dieron la receta por menos días, le permitiremos múltiples surtidos para ofrecerle hasta un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]* del medicamento. La receta debe ser surtida en una farmacia de la red.

**Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado y residen en una institución de cuidado a largo plazo (LTC):**

Nosotros cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros** *[****insert time period (must be at least 90 days)****]* **de su membresía en el plan si es nuevo, y durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days)]* del año calendario si estaba en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será para un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply depending on the dispensing increment)]*. Si le dieron la receta por menos días, le permitiremos múltiples surtidos para ofrecerle hasta un máximo de *[(must be at least a 91-day supply) and may be up to a 98-day supply]* del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de la instalación a largo plazo podría ofrecerle el medicamento en menores cantidades para evitar desperdiciarla.)

* **Para aquellos miembros que han estado con el plan por más de** *[****insert time period (must be at least 90 days)****]* **y residan en una institución de cuidado extenso (LTC) y necesitan suministro de inmediato:**

Cubrimos un suministro de *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* de un medicamento en particular, o menos si su receta fue escrita para menos días. Esto es adicional al suministro de transición de cuidado extenso mencionado anteriormente.

* *[If applicable: Plans must insert their transition policy for current members with level of care changes.]*

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo que usted esté recibiendo un abastecimiento de un medicamento, usted debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su abastecimiento temporal se acabe. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual. Las secciones a continuación le dicen más sobre estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Quizá haya un medicamento distinto cubierto por el plan que le vaya igual de bien a usted. Puede llamar a Servicios a los Miembros para solicitar la lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que le vaya bien a usted. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir que el plan haga una excepción para usted y que cubra el medicamento de la manera que usted desearía que se cubriera. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican el pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedir que el plan cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

*[Plans may omit the following paragraph* *if they do not have an advance transition process for current members.]* Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna forma para el próximo año, le permitimos solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio que haya en la cobertura de su medicamento para el año que viene. Puede pedir una excepción antes del año que viene y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a recibir su solicitud (o la declaración de apoyo de su recetador). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que entre en vigor el cambio.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4habla de lo que tienen que hacer*.* Explica los procedimientos y fechas tope que Medicare ha estipulado para asegurarse de que su solicitud se administre oportuna y justamente.

#### Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree es demasiado alto?

*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this sentence]* Si su medicamento está en un nivel de costo-compartido que usted cree es demasiado alto, estás son cosas que puede hacer:

Puede cambiar de medicamento.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree es demasiado alto, el primer paso es hablar con su proveedor. Quizá haya un medicamento distinto en un nivel de costo compartido más bajo que le vaya igual de bien a usted. Puede llamar a Servicios a los Miembros para solicitar la lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que le vaya bien a usted. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this section]* Puede solicitar una excepción

Para los medicamentos en *[insert tier(s)]*, usted y su proveedor pueden pedir que el plan haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican el pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4habla de lo que tienen que hacer*.* Explica los procedimientos y fechas tope que Medicare ha estipulado para asegurarse de que su solicitud se administre oportuna y justamente.

[*Insert if applicable:* Los medicamentos en nuestro [*insert name of specialty tier*] no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad del costo compartido para los medicamentos en este nivel.]

### SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia 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 dan al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, el plan puede hacer cambios a la Lista de Medicamentos a través del año. Por ejemplo, el plan podría:

* **Añadir o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos**. Hay medicamentos nuevos disponibles, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno ha aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces se retira un medicamento y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.
* *[Plans that do not use tiers may omit]* **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
* **Añadir o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para más información sobre restricciones de cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
* **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

En casi todos los casos, debemos obtener aprobación de Medicare para los cambios que hagamos en la Lista de Medicamentos del plan.

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

¿Cómo averiguará si se ha cambiado la cobertura de su medicamento?

Si hay un cambio de cobertura *para un medicamento que está tomando*, el plan le enviará un aviso para decírselo. Normalmente, **le avisaremos por lo menos 60 días antes.**

De vez en cuando, un medicamento es **repentinamente retirado** porque se ha establecido que no es seguro o por otras razones. Si esto sucede, el plan lo eliminará de la Lista de Medicamentos inmediatamente. Le comunicaremos el cambio inmediatamente. Su proveedor también se enterará de este cambio, y puede colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

¿Le afectan inmediatamente los cambios de cobertura?

Si cualquiera de los siguientes tipos de cambios afectan un medicamento que está tomando, el cambio no le afectará hasta el 1 de enero del próximo año, si permanece en el plan:

* *[Plans that do not use tiers may omit]* Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
* Si establecemos una nueva restricción en el uso del medicamento.
* Si eliminamos el medicamento de la Lista de Medicamentos, pero no por una retirada repentina ni porque haya sido reemplazado por un medicamento genérico nuevo.

Si cualquiera de estos cambios sucede con un medicamento que está tomando, el cambio no afectará su uso o su porción del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá aumento en sus pagos o restricciones adicionales en el uso de su medicamento. Sin embargo, los cambios sí le afecterán el 1 de enero del próximo año.

En algunos casos, se verá afectado por el cambio de la cobertura antes del 1 de enero:

* Si **un medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento nuevo genérico,** el plan debe notificarle por lo menos 60 días antes o darle una repetición de su medicamento de marca durante 60 días en una farmacia de la red.
  + Durante este periodo de 60 días, debe colaborar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento distinto que cubramos.
  + O usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y siga cubriendo el medicamento de marca para usted. Para 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)).*
* Como hemos dicho, si se **retira repentinamente** un medicamento porque se ha averiguado que no es seguro o por otras razones, el plan retirará el medicamento inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Le comunicaremos el cambio inmediatamente.
  + Su proveedor también se enterará de este cambio, y puede colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

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

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

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto quiere decir que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos medicamentos que estén enumerados en esta sección [*insert if applicable:* (excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestra cobertura de medicamentos realzada)]. La única excepción: Si se ha determinado, al apelar, que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido bajo la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección 6.5 de este manual.)

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

* La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo Medicare Parte A o Parte B.
* Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Generalmente, nuestro plan no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. El uso no indicado en la etiqueta es cualquier uso que no sea uno de los indicados en una etiqueta de medicamento según la ha aprobado la Administración de Alimentos y Medicamentos.
  + Generalmente, la cobertura para el uso no indicado en la etiqueta se permite solamente cuando el uso está apoyado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el DRUGDEX Information System, y para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no viene apoyado por ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su uso no indicado en la etiqueta.

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare [*Insert if applicable:* (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos enumerados a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos realzada, para la cual se le puede cobrar una prima adicional. Se proporciona más información a continuación.)]:

* Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
* Medicamentos que se utilicen para fomentar la fertilidad
* Medicamentos que se utilicen para aliviar la tos o los síntomas de resfrío
* Medicamentos que se utilicen para propósitos cosméticos o para fomentar el crecimiento del cabello
* Vitaminas y productos minerales de receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
* Medicamentos que se utilicen para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil, tales como Viagra, Cialis, Levitra, y Caverject
* Medicamentos que se utilicen para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso, o para ganar peso
* Medicamentos de paciente externo para los que el fabricante quiere que se requiera que se compren pruebas o servicios de monitorización relacionados con ellos exclusivamente del fabricante como condición de venta

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos de receta normalmente no cubiertos en un plan de medicamentos de receta de Medicare (cobertura de medicamentos realzada). *[Insert details about the excluded drugs your plan does cover, including whether you place any limits on that coverage.]* La cantidad que paga cuando surte una receta de estos medicamentos no cuenta para hacerle elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 7 de este manual.)]

[*Insert if plan offers coverage for any drugs excluded under Part D:* Además, **si está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda Adicional” no pagará los medicamentos normalmente no cubiertos. (Consulte la Lista de Medicamentos del plan o llame a Servicios para Miembros para mayor información. Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.) Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, puede que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos de receta que, normalmente, no estén cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos le puede estar disponible. (Puede encontrar números de teléfono e información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)]

[*Insert if plan does not offer coverage for any drugs excluded under Part D:* **Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos,** puede que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos de receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos le puede estar disponible. (Puede encontrar números de teléfono e información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)]

### SECCIÓN 8 Enseñe su tarjeta de miembro del plan cuando surta una receta

#### Sección 8.1 Enseñe su tarjeta de miembro

Para surtir su receta, enseñe su tarjeta de miembro en la farmacia de red que elija. Cuando enseñe su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de red le enviará la factura automáticamente al plan por *nuestra* parte del costo de su medicamento de receta cubierto. Usted necesitará pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

#### Sección 8.2 ¿Y si no ha traído su tarjeta de miembro?

Si no ha traído su tarjeta de miembro del plan cuando surta su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **puede que tenga que pagar el costo completo de la receta cuando la recoja**. (Entonces puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para ver información acerca de cómo pedirle el reembolso al plan.)

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

#### Sección 9.1 ¿Y si está en un hospital o clínica de enfermería especializada que está cubierta por el plan?

Generalmente, si se le admite a un hospital o clínica de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan,cubriremos el costo de sus medicamentos de receta durante su estancia. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que éstos cumplan con todas nuestras reglas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que hablan de las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos de receta de la Parte D*) da más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que paga usted.

**Por favor tenga en cuenta:** Al ingresar, vivir, o dejar un centro de enfermería especializada, tiene derecheo a un período de inscripción especial. Durante este período de tiempo, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Terminando su membresia en el plan*, le dice cuándo se puede ir de nuestro plan y apuntarse en otro plan de Medicare.)

#### Sección 9.2 ¿Qué pasa si es usted residente de una clínica de cuidado a largo plazo (Long-Term Care - LTC)?

Generalmente, una clínica de cuidado a largo plazo (Long-Term Care - LTC) (como un hogar de enfermería) tiene su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Su usted es un residente de una institución de cuidado prolongado, usted puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia de la institución mientras sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su clínica de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información, póngase en contacto con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué pasa si es residente de una clínica de cuidado a largo plazo (Long-Term Care - LTC) y se hace miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days)]*de su membresía. El suministro total será un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 91-day supply and up to a 98-day supply)]*, o menos si su receta está escrita para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de la instalación a largo plazo podría ofrecerle el medicamento en menores cantidades para evitar desperdiciarla.)

Si ha sido usted miembro del plan más de *[insert time period (must be at least 90 days)]* y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* o menos, si su receta se ha prescrito por menos días.

Durante el tiempo que usted esté recibiendo un abastecimiento de un medicamento, usted debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su abastecimiento temporal se acabe. Quizá haya un medicamento distinto cubierto por el plan que le vaya igual de bien a usted. O usted y su proveedor pueden pedir que el plan haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la manera que desearía que se cubriera. Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4habla de lo que tienen que hacer*.*

#### Sección 9.3 ¿Y si está también recibiendo cobertura de medicamentos de un plan grupal de empleador o jubilado?

¿Tiene usted actualmente alguna otra cobertura para medicamentos por intermedio de su (o el de su cónyuge) empleador o de un plan grupal de jubilados? Si es así, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**.Esa persona le puede ayudar a determinar la manera en que su cobertura de medicamentos de receta actual funcionará con nuestro plan.

En general, si está empleado actualmente, la cobertura de medicamentos de receta que recibe de nosotros será *secundaria* a la cobertura grupal de su plan de empleador o de jubilado. Eso quiere decir que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial acerca de la ‘cobertura acreditable’:

Cada año, su grupo de empleador o de jubilado debe enviarle un aviso que le diga si su cobertura de medicamentos de receta para el año de calendario siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**,” quiere decir que el plan tiene cobertura de medicamentos del que se requiere que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de receta estándar de Medicare.

**Guarde estos avisos acerca de la cobertura acreditable** porque puede que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya cobertura de medicamentos de Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido coberturaacreditable. Si no ha recibido un aviso acerca de la cobertura acreditable de su plan grupal de empleador o jubilado, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan del empleador o de jubilado o del empleador o sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento para las náuseas, un laxante, un medicamento para el dolor o contra la ansiedad que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o problemas relacionados, nuestro plan debe recibir notificación del profesional que receta el medicamento o el proveedor de su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debería cubrir, puede solicitar al proveedor del hospicio o profesional que receta el medicamento que se asegure de que hemos recibido la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

En el caso de que usted revoque la elección de su hospicio o sea dado de alta del mismo, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termina su beneficio de hospicio de Medicare, usted debe presentar documentación a la farmacia que verifique su revocación o alta. Vea las partes anteriores de esta sección que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga para sus medicamentos de receta de la Parte D*) le proporciona más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

### SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos

#### Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos con seguridad

Llevamos a cabo revisiones de uso de medicamentos para nuestros miembros para ayudar a asegurarnos de que reciban cuidado seguro y apropiado. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta los medicamentos.

Llevamos a cabo una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, tales como:

* Posibles errores de medicamentos
* Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
* Medicamentos que puede que no sean seguros o apropiados 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) de un medicamento que esté tomando.

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

#### Section 10.2 Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) [*insert if plan has other medication management programs:* y otros] programa [*insert if* *applicable:* “s”] para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

[*Plans should include this section only if applicable.*]

Tenemos un programa *[delete “a” and insert “programs” if plan has other medication management programs*] que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros padecen de varias condiciones médicas o tomar distintos medicamentos a la misma vez, o sus medicamentos podrían tener costos altos.

Este programa es [*if applicable replace with: “*Estos programas son”] voluntarios y gratis para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron este programa [*insert if applicable:* “s”] para nosotros. Este programa puede [*insert if applicable*: “Los programas”] pueden ayudarnos a estar seguros de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro [*if applicable replace with:* Un]programa se llama programa de Administración de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management - MTM). Algunos miembros quienes toman medicamentos para distintas condiciones médicas pueden recibir servicios a través del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud le darán información exhaustiva acerca de todos sus medicamentos. Usted puede conversar sobre el mejor modo de tomar sus medicamentos, sus costos, o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con y sin receta. Usted recibirá un resumen por escrito de esta comunicación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda que puede hacer para sacarle mejor provecho a sus medicamentos, con espacio para que usted tome notas o escriba cualquier pregunta complementaria que tenga. También recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y porque los está tomando.

Es una buena idea que haga su revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para que pueda conversar con su doctor sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos con usted a su visita o cualquier vez que converse con sus doctores, farmacéuticos, y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencia.

Si tenemos un programa que sea adecuado para sus necesidades, le matricularemos automáticamente en el programa y le mandaremos información. Si usted decide no participar, por favor avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene cualquier pregunta sobre estos programas, por favor comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Si tiene preguntas acerca de estos programas, póngase en contacto con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

*[PFFS without Part D coverage: Omit this chapter]*

Capítulo 6

Lo que paga por sus medicamentos de receta de Parte D

## Capítulo 6. Lo que usted paga para sus medicamentos de receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 136

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos 136

Sección 1.2 Tipos de costos de su bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos 137

SECCIÓN 2 Lo que paga usted por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté cuando obtenga el medicamento 138

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *[insert 2017 plan name]*? 138

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa en la que está 141

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado la “Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits - EOB) de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”) 141

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información acerca de sus pagos de medicamentos 141

SECCIÓN 4 Durante su Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus *[insert drug tiers if applicable]* medicamentos 142

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de deducible hasta que ha pagado *$[insert deductible amount]* por sus *[insert drug tiers if applicable]* medicamentos 142

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su porción del costo de sus medicamentos y usted paga su porción 143

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta 143

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos para un suministro de un medicamento de *un mes* 145

Sección 5.3 Si su médico le receta menos de un mes completo de suministro, usted tal vez no tenga que pagar el costo del mes completo 147

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para un suministro a *largo plazo* *(*[*insert if applicable:* hasta] [insert number of days] días) de un medicamento 148

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa Inicial de Cobertura hasta que sus [*insert as applicable:* costos total de medicamentos por el año alcancen $*[insert initial coverage limit]* *OR* costos fuera del bolsillo por el año alcancen $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*] 149

Sección 5.6 Cómo Medicare calcula los costos fuera de su bolsillo para medicamentos recetados 150

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha de Cobertura, [*insert as appropriate:* usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más de 51% del costo de medicamentos genéricos *OR* el plan cubre alguna cobertura sobre medicamentos] 153

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Brecha de Cobertura hasta que los costos fuera de su bolsillo alcancen $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* 153

Sección 6.2 De qué manera Medicare calcula los costos fuera de su bolsillo para medicamentos recetados 154

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos 157

Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 157

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales 158

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 158

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba 158

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna 158

Sección 9.2 Puede llamarnos al Departamento de Servicio para Miembros antes de recibir una vacuna 160

SECCIÓN 10 ¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 160

Sección 10.1 ¿Que es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 160

Sección 10.2 ¿Cual es el costo de la multa por inscripción tardía de la Parte D? 161

Sección 10.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa 162

Sección 10.4 ¿Que puede hacer si no está acuerdo con la multa por inscripción tardía? 163

SECCIÓN 11 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos? 163

Sección 11.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a los ingresos? 163

Sección 11.2 ¿Cual es la cantidad adicional de la Parte D? 164

Sección 11.3 ¿Que puede hacer si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional de la Parte D? 164

Sección 11.4 ¿Que sucede si usted no paga la cantidad adicional de la Parte D? 165

question markquestion mark. **¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?**

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados pagar por sus medicamentos. Estos incluyen el programa de “Ayuda Adicional” y Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica; *OR* El programa de “Ayuda Adicional” ayuda a personas con recursos limitados pagar por sus medicamentos.] Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

**¿Está recibiendo ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?**

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos de medicamentos de receta de la Parte D**[*insert as applicable:* **puede no aplicarle** *OR* **no le aplica**] **a usted.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider]*[*insert as appropriate:* Hemos incluidos *OR* Le enviamos] un documento aparte, llamado la “Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Pagar por Medicamentos de Receta” (también llamado la “Cláusula Adicional de Subvención de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy - LIS)” o la “Cláusula Adicional LIS”), que le habla de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, por favor llame a Servicios para Miembros y pregunte sobre el “Cláusula Adicional LIS”. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

### SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga para sus medicamentos de receta de la Parte D Para hacer las cosas simples, usamos "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D – algunos medicamentos están cubiertos por Medicare de la Parte A o de la Parte B y otros medicamentos son excluidos de la cobertura de Medicare por ley. [*Optional for plans that provide supplemental coverage:* Puede que algunos medicamentos excluidos estén cubiertos por nuestro plan si ha adquirido cobertura suplementaria de medicamentos].

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, necesita saber los puntos básicos acerca de qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas, y qué reglas seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Estos materiales explican estos puntos básicos:

* **La *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.** Para no complicar las cosas, nos referimos a esto como la “Lista de Medicamentos”.
  + Esta Lista de Medicamentos indica los medicamentos que están cubiertos para usted.
  + *[Plans that do not use tiers, omit]* También indica en cuáles de los *[insert number of tiers]* "niveles de costo compartido" se encuentra el medicamento y si hay restricciones en su cobertura.
  + Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en *[insert URL]*. La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la que está más al día.
* **Capítulo 5 de este manual.** El Capítulo 5 le proporciona detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluyendo las reglas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también le dice qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos bajo nuestro plan.
* **El Directorio de***[insert if applicable:* ***Proveedores/****]* ***Farmacias del plan.*** En la mayoría de las situaciones, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados (vea el Capítulo 5 para obtener más detalles). El Directorio de *[insert if applicable: Proveedores/]* *Farmacias* tiene una lista de las farmacias que están en la red del plan*.* También le dice qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro de largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de tres meses).

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

Para entender la información de pago que le indicamos en este capítulo, usted debe conocer los tipos de costos de su bolsillo que tal vez pague por sus servicios cubiertos. La cantidad que paga por un medicamento se llama “costo compartido” y hay tres maneras en las que es posible que se le pida que pague.

* El **“deducible”** es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan empiece a pagar su parte
* **“Copago”** quiere decir que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
* **“Coseguro”** quiere decir que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

### SECCIÓN 2 Lo que paga usted por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté cuando obtenga el medicamento

#### Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *[insert 2017 plan name]*?

Como se indica en la tabla que aparece a continuación, hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos de receta bajo *[insert 2017 plan name]*. Cuánto paga usted por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento de surtir o repetir el surtido de su receta. *[Plans with no premium delete the following sentence]* Tenga presente que siempre es responsable de pagar la prima mensual del plan sin importar la etapa de pago de medicamentos.

*[Plans: Ensure entire table appears on the same page.]*

| **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* |
| --- | --- | --- | --- |
| [*If plan has a deductible for all tiers insert:* Empieza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año.]  Durante esta etapa, **paga el costo completo** de sus medicamentos de [*insert if applicable:*marca *OR[tier name(s)]*].  Se queda en esta etapa hasta que haya pagado $*[insert deductible amount]* para sus medicamentos de [*insert if applicable:* nombre de la marca *OR* *[tier name(s)]*] ($*[insert deductible amount]* es la cantidad de su deducible de [*insert if applicable:* nombre de la marca *OR* *[tier name(s)]*] ).  (Los detalles están en la Sección 4 de este capítulo.)  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Como no hay deducible para el plan, esta etapa de pago no le aplica a usted.] | [*Insert if plan has no deductible:* Empieza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.]  [*Insert if plan has no deductible or a deductible that applies to all drugs:* Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.**]  [*Insert if plan has a deductible that applies to some drugs:* Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos [*insert if applicable:* genéricos *OR* *[tier name(s)]*] y **usted paga su parte del costo.** Después de que usted (u otras personas de su parte) haya satisfecho su deducible de [*insert if applicable:*marca *OR* *[tier name(s)]*] el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos de [*insert if applicable:* marca *OR* *[tier name(s)]*] y usted paga su parte.]  Se queda en esta etapa hasta que sus *[insert as applicable:* **“costos totales de medicamentos”** (su pago más cualquier pago del plan de la Parte D) ascienden a $*[insert initial coverage limit]* *OR* **“costos** **de su bolsillo”** (sus pagos) ascienden a $*[insert 2017 out-of-pocket threshold].*]  (Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo.) | [*Plans with no additional gap coverage insert:* Durante esta etapa, usted paga el 40% del precio para medicamentos de marca(más un porción de la tarifa de suministro) y el 51% del precio para medicamentos genéricos.]  [*Plans with additional generic coverage only in the gap insert:* Para medicamentos genéricos, usted paga *[plans should briefly describe generic coverage (e.g., either a $10 copayment or 51% of the costs, whichever is lower)].* Para los medicamentos de marca, usted paga un 40% del precio (más una porción de la tarifa de suministro).]  *[Plans with some coverage in the gap: insert description of gap coverage using standard terminology.]*  Usted permanece en esta etapa hasta que alcanza los **“costos de su bolsillo”**  (sus pagos) del año hasta la fecha alcanzan un total de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*.. Esta cantidad y las reglas para contar costos para esta cantidad han sido establecidas por Medicare.  (Los detalles están en la Sección 6 de este capítulo.)  [*Plans with no coverage gap replace the text above with:* Como no hay falta de cobertura para el plan, esta etapa de pago no le aplica a usted.] | Durante esta etapa, **el plan paga la mayoría del costo** de sus medicamentos durante el resto del año de calendario (hasta e incluyendo el 31 de diciembre de 2017).  (Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo.) |

### SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa en la que está

#### Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado la “Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits - EOB) de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)

Nuestro plan rastrea los costos de sus medicamentos de receta y los pagos que ha hecho cuando surte sus recetas u obtiene repeticiones de surtido en la farmacia. De esta manera, le podemos decir cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la etapa siguiente. En particular, hay dos tipos de costos que rastreamos:

* Rastreamos cuánto ha pagado. Esto se llama costo “**de su bolsillo**”.
* Rastreamos sus costos “**totales de medicamentos**”. Esta es la cantidad que paga usted de su bolsillo o que otros pagan de su parte más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado la *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits - EOB) de la Parte D* (a veces se llama la “EOB de Parte D”) cuando se le han surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. Incluye:

* **Información para ese mes**. Este informe da detalles de pago acerca de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Indica los costos totales de medicamentos, lo que dijo el plan, y lo que usted ha pagado u otros han pagado de su parte.
* **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se llama la información del “año hasta la fecha”. Indica los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde el principio del año.

#### Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información acerca de sus pagos de medicamentos

Para mantener registros de sus costos de medicamentos y de los pagos que ha hecho por medicamentos, utilizamos registros que recibimos de farmacias. Esta es la manera en que puede ayudarnos a mantener correcta y al día su información:

* **Enseñe su tarjeta de miembro cuando se le surta una receta.** Para asegurarse de que estemos enterados de las recetas que va surtiendo y que va pagando, enseñe su tarjeta de miembro cada vez que se le surta una receta.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en que puede que usted pague por medicamentos de receta y no recibamos automáticamente la información que necesitamos para rastrear sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de sus costos de bolsillo, puede darnos copias de recibos de medicamentos que haya adquirido. (Si se le presenta una factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para ver las instrucciones acerca de cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este manual.) He aquí algunos tipos de situaciones en las que sería buena idea que nos diera copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en medicamentos:
* Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
* Cuando ha hecho un copago por medicamentos que están provistos bajo un programa de ayuda al paciente de un fabricante de medicamentos.
* Siempre que compre medicamentos cubiertos en farmacias de fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
* **Envíenos información acerca de los pagos que otros hayan hecho de su parte.** Los pagos hechos por ciertos otros individuos y organizaciones cuentan también para sus costos de bolsillo y ayudan a hacerlo elegible para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos hechos por *[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica, unprograma de ayuda de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program - ADAP), el Servicio de Salud Indio, y la mayoría de las organizaciones de caridad cuentan para sus costos de su bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslos para que podamos rastrear sus costos.
* **Compruebe el informe escrito que le enviamos** Cuando reciba una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (una “EOB de Parte D”) por correo, examínela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe, o si tiene preguntas, llámenos a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). *[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* Asegúrese de quedarse estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

### SECCIÓN 4 Durante su Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus *[insert drug tiers if applicable]* medicamentos

#### Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de deducible hasta que ha pagado *$[insert deductible amount]* por sus *[insert drug tiers if applicable]* medicamentos

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with:* No hay deducible para *[insert 2017 plan name].*]

[*Plans with no deductible replace Section 4.1 title with:* Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D.]

[*Plans with no deductible replace text below with*: No hay deducible para *[insert 2017 plan name].*] Empieza en la etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Vea la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la etapa de cobertura inicial.]

La etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. [*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando está en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance la cantidad del deducible del plan, que es $*[insert deductible amount]* para 2017.] [*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:* Usted pagará un deducible anual de $*[insert deductible amount]* en *[insert applicable drug tiers]* medicamentos. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos en** *[****insert applicable drug tiers****]* hasta que alcance la cantidad del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, usted no tendrá que pagar deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.]

* Su “**costo entero**” es normalmente menos que el precio entero normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de medicamentos.
* El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su porción del costo.

Una vez que haya pagado $*[insert deductible amount]* por sus *[insert drug tiers if applicable]* medicamentos, usted deja la Etapa del Deducible y sigue a la próxima etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de Cobertura Inicial.

### SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su porción del costo de sus medicamentos y usted paga su porción

#### Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo que le corresponde por sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga lo que le corresponde (su [*insert as applicable:* copago *OR* coseguro *OR* cantidad de copago o coseguro]). La parte del costo que le corresponde variará según el medicamento y el lugar donde surte su receta.

Este plan tiene *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos está en uno de los [*insert number of tiers*] niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mas alto será el costo de su medicamento:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

* *[Plans retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, delete this bullet and use next two bullets instead]* Una farmacia de venta al por menor de la red de nuestro plan.
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia de venta al por menor de la red de nuestro plan que ofrece un costo compartido estándar]
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia de venta al por menor de la red de nuestro plan que ofrece un costo compartido preferido]
* Una farmacia que no pertenece a la red del plan.
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet]* La farmacia de pedido por correo del plan.

Para más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, vea el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de Farmacias* del plan.

[*Include if plan has network pharmacies that offer preferred cost-sharing:* Generalmente, nosotros cubriremos sus recetas *solo* si son surtidos en una de nuestras farmacias dentro de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen un costo compartido preferido. Usted puede ir a farmacias dentro de la red que ofrecen un costo compartido preferido u otras farmacias dentro de la red que ofrecen un costo compartido estándar para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser menores en farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.]

#### Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos para un suministro de un medicamento de *un mes*

*[Plans using only copayments or only coinsurance should edit this paragraph to reflect the plan’s cost-sharing]* Durante la Etapa de Cobertura Inicial, la parte del costo que le corresponde de un medicamento cubierto será un copago o coseguro.

* **“Copago”** quiere decir que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
* **“Coseguro”** quiere decir que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

*[Plans that do not use drug tiers, omit]* Como se muestra en la siguiente tabla, la cantidad del copago o el coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre el medicamento. Por favor tenga en cuenta:

* *[Plans without copayments omit]* Si sus medicamentos recetados cuestan menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagara el precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *el que sea menor*.
* Cubrimos recetas médicas en farmacias que no pertenecen a la red solo en situaciones limitadas. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuando cubriremos una receta médica en una farmacia que no pertenece a la red.

[*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, the chart must include both standard and preferred cost-sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing, sponsors may at their option modify the chart to indicate the different rates. If any columns do not apply to the plan (e.g., preferred cost-sharing or mail order), remove them from the table. The plan may also add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell:* El pedido por correo no está disponible para medicamentos en *[insert tier]*.]

La parte que a usted le corresponde del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

| **Nivel** | **Costo compartido estándar de venta al por menor (de la red)**‑  (hasta *[insert number of days]* días de suministro) | **Costo compartido preferido de venta al por menor (de la red)**‑  (hasta *[insert number of days]* días de suministro) | **Costo compartido de pedido al correo**  (hasta *[insert number of days]* días de suministro) | **Costo compartido de cuidado a largo plazo (LTC)**  (hasta *[insert number of days]* días de suministro) | **Costo compartido fuera de la red**  (La cobertura es limitada en algunas situaciones; vea el Capítulo 5 para detalles.) (hasta *[insert number of days]* días de suministro) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de costo compartido**  (*[insert description (e.g., generic drugs)]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |

#### Sección 5.3 Si su médico le receta menos de un mes completo de suministro, usted tal vez no tenga que pagar el costo del mes completo

Típicamente, el monto que usted paga por un medicamento de receta cubre el suministro de un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar menos de un mes de suministro de su medicamento. Puede haber tiempos en los cuales le quiera pedir a su médico que le recete menos de un mes completo de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando usted esté tratando un medicamento por primera vez que sabe que tiene efectos secundarios). Si su médico le receta menos que el suministro completo del mes,, usted no tendrá que pagar por el mes completo de suministro de ciertos medicamentos.

La cantidad que usted paga cuando usted recibe menos de un mes completo de suministro dependerá en si usted es responsable en pagar el coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad monetaria que es fija).

* Si usted es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independiente de si la receta es por un mes completo de suministro o por menos días. Sin embargo, dado a que el costo completo será menos si usted recibe menos de un mes completo de suministro, la *cantidad* que usted paga será menos.
* Si usted es responsable por un copago de un medicamento, su copago será basado en el número de días del medicamento que usted reciba. Nosotros calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la “tarifa diaria de costos compartidos”) y lo multiplicamos por el número de días del medicamento que reciba.
  + *[If the plan’s one month’s supply is not 30 days, edit the number of days in and the copay for a full month’s supply. For example, if the plan’s one-month supply is 28 days, revise the information in the next two bullets to reflect a 28-day supply of drugs and a $28 copay.]* Aquí está un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por un mes completo (un suministro de 30 días) es $30. Esto significa que la cantidad que usted paga por día para su medicamento es $1. Si usted recibe un suministro de de medicamento de 7 días, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de que usted tenga que pagar por un suministro de un mes entero. Usted también puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, una cantidad menor al suministro de un mes completo de un medicamento o medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor la fecha en que debe volver a surtir distintos medicamentos, de manera de que haga menos viajes a la farmacia. La cantidad que usted paga depende de los días de suministro que reciba.

#### Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para un suministro a *largo plazo* *(*[*insert if applicable:* hasta] [insert number of days] días) de un medicamento

*[Plans that do not offer extended-day supplies delete Section 5.4.]*

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como “suministro extendido”) al surtir su receta médica. Un suministro a largo plazo es [*insert if applicable:* hasta] un suministro de *[insert number of days]* días. (Si desea detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, vea al Capítulo 5, Sección 2.4).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días)de un medicamento.

* *[Plans without copayments omit]* Por favor tenga en cuenta: Si sus medicamentos recetados cubiertos cuestan menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio menor del medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *el que sea menor*.

[*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, the chart must include both standard and preferred cost-sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing, sponsors may at their option modify the chart to indicate the different rates. If any columns do not apply to the plan (e.g., preferred cost-sharing or mail-order), remove them from the table. The plan may also add or remove tiers as necessary. If mail-order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell:* El pedido por correo no está disponible para medicamentos en *[insert tier]*.]

[*Plans must include all of their tiers in the table. If plans do not offer extended-day supplies for certain tiers, the plan should use the following text in the cost-sharing cell:* Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en *[insert tier]*.]

La parte del costo que a usted le corresponde cuando recibe un suministro a *largo plazo* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

| **Nivel** | **Costo compartido estándar de farmacia al por menor (en la red)** ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días de suministro) | **Costo compartido preferido de farmacia al por menor (en la red)** ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días de suministro) | **Costo compartido de pedido por correo** ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días de suministro) |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |

#### Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa Inicial de Cobertura hasta que sus [*insert as applicable:* costos total de medicamentos por el año alcancen $*[insert initial coverage limit]* *OR* costos fuera del bolsillo por el año alcancen $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*]

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos recetados de los que recibió un suministro o reposición alcance el **$***[****insert initial coverage limit****]* **límite para la Etapa de Cobertura Inicial**.

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted pago y lo que pago cualquier plan de la Parte D:

* **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula los costos fuera de su bolsillo.) Esto incluye:
  + *[Plans without a deductible, omit]* Los $*[insert deductible amount*] que pago cuando estuvo en la Etapa de Deducible.
  + El total que pagó como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura.
* **Lo que el plan pagó** como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en algún momento durante 2017, la cantidad que el plan pago durante la Etapa de Cobertura Inicial también se tiene en cuenta para sus costos totales de medicamentos.)

[*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que su total en costos fuera de su bolsillo alcancen $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*. Medicare tiene reglamentos sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus costos fuera de su bolsillo. (Consulte la Sección 5.5 para más información sobre como Medicare cuenta sus costos fuera de su bolsillo.) Cuando usted alcanza un límite fuera de su bolsillo $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*, usted deja la Brecha de la Cobertura Inicial y sigue a la Etapa de Cobertura Catastrófica.]

[*Insert if applicable:* Nosotros ofrecemos cobertura adicional en ciertos medicamentos recetados que normalmente no son cubiertos en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Los pagos hechos hacia estos medicamentos no contarán hacia su [*insert if plan has a coverage gap:* limite de cobertura inicial o] costo total fuera de su bolsillo. [*Insert only if plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs:* También proveemos algunos medicamentos sin receta exclusivamente para su uso. Estos medicamentos sin receta están provistos para usted sin costo a usted.] Para averiguar cuáles medicamentos están cubiertos por nuestro plan, consulte a su formulario.]

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudara a llevar un registro de cuanto gastaron usted y el plan, como también terceras entidades, para sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el *[insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit]* *OR* $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*] limite en un año.

Le informaremos si usted alcanza esta *[insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit] OR* $ *[insert 2017 out-of-pocket threshold]*] cantidad. Si usted alcanza esta cantidad, usted dejara la Etapa de Cobertura Inicial y seguirá a la [*insert as applicable:* Etapa de Brecha de Cobertura *OR* Etapa de Cobertura Catastrófica.]

#### Sección 5.6 Cómo Medicare calcula los costos fuera de su bolsillo para medicamentos recetados

*[Plans with no coverage gap: insert Section 5.6]*

Medicare tiene reglamentos sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus costos fuera de su bolsillo. Cuando alcanza un límite fuera de su bolsillo de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*, usted deja la Etapa de Cobertura Inicial y sigue a la Etapa de Cobertura.

Estos son los reglamentos de Medicare que debemos seguir cuando llevamos la cuenta de sus costos fuera de su bolsillo para sus medicamentos.

**Estos pagos están incluidos en los costos fuera de su bolsillo**

Al realizar la suma de los costos fuera de su bolsillo, **puede incluir** los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

* La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  + *[Plans without a deductible, omit]* La Etapa de Deducible.
  + La Etapa de Cobertura Inicial.
* Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quien paga:

* Si **usted mismo** realiza los pagos, estos se incluyen en los costos fuera de su bolsillo.
* Estos pagos *también se incluyen* si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones.** Esto incluye pagos por sus medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que es calificado por Medicare, o por el Servicio de Salud para indígenas. Además, se incluyen los pagos del Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
* Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Medicare de Descuentos durante la Brecha de Cobertura. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o las personas que pagan en su nombre) han gastado un total de $*[****insert 2017 out-of-pocket threshold****]* en costos fuera de su bolsillo en un año calendario, pasara de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

**Estos pagos no están incluidos en los costos fuera de su bolsillo**

Al realizar la suma de los costos fuera de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos por medicamentos recetados:

* *[Plans with no premium, omit]* La cantidad que paga por su prima.
* Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
* Los medicamentos que recibe una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Los medicamentos que no forman parte de la Parte D, incluyendo medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
* Los pagos que usted hace hacia los medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura adicional pero que no están cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
* [*Insert if applicable:* Los pagos que usted hace hacia los medicamentos recetados que no están cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.]
* Los pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la Brecha de Cobertura.
* Los pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupal incluyendo planes de salud del empleador.
* Los pagos por sus medicamentos que realizan algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
* Los pagos de sus medicamentos realizados por una tercera entidad con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

*Recordatorio:*Si alguna otra organización, como las que se mencionan antes, paga parte o todos los costos fuera de su bolsillo por medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame a los Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están en la contraportada de este manual).

*¿Cómo puede llevar un registro del total de los costos fuera de su bolsillo?*

* **Le ayudaremos**. El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos fuera de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo le explica sobre este informe). Cuando alcanza un total de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* en costos fuera de su bolsillo durante el año, este informe le indicará que usted salió de la Brecha de Coberturay pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Asegúrese de que tengamos la información necesaria**. La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a asegurarnos de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.]

### SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha de Cobertura, [*insert as appropriate:* usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más de 51% del costo de medicamentos genéricos *OR* el plan cubre alguna cobertura sobre medicamentos]

#### Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Brecha de Cobertura hasta que los costos fuera de su bolsillo alcancen $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*

[*Plans with no coverage gap replace Section 6 title with:* No hay brecha de cobertura para *[insert 2017 plan name].*]

[*Plans with no coverage gap replace Section 6.1 title with:* Usted no tiene una brecha de cobertura para sus medicamentos de la Parte D.]

[*Plans with no coverage gap replace text below with*: No hay una brecha de cobertura para *[insert 2017 plan name]*. Una vez que deje la Etapa de Cobertura Inicial, usted pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte Sección 7 para más información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Catastrófica.]

*[Plans with some coverage in the gap, revise the text below as needed to describe the plan’s coverage.]*

Cuando usted se encuentra en la Etapa de Brecha de Cobertura, el Programa de descuentos durante la brecha de cobertura proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga 40% del precio negociado y una porción de la tarifa de suministro para los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted paga y la cantidad que le ha descontado el fabricante de los gastos directos de su bolsillo cuentan como si usted los hubiera pagado y lo hace avanzar por la brecha en la cobertura.

Usted también recibe alguna cobertura por los medicamentos genéricos. Usted paga no más de 51% del costo para medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (49%) no cuenta hacia los costos directos de su bolsillo. Solamente la cantidad que usted paga es la que cuenta y lo hace avanzar por la brecha en la cobertura.

Usted continua pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 51% de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total anual de los pagos directos de su bolsillo lleguen a una cantidad máxima establecida por Medicare. En 2017, esa cantidad es $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*.

Medicare tiene reglamentos sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus costos fuera de su bolsillo. Cuando usted alcanza un límite de costos fuera de su bolsillo de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*, usted deja la Etapa de Brecha de Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

#### Sección 6.2 De qué manera Medicare calcula los costos fuera de su bolsillo para medicamentos recetados

*[Plans with a coverage gap: insert Section 6.2]*

Estos son los reglamentos de Medicare que debemos seguir cuando llevamos la cuenta de sus costos fuera de su bolsillo para sus medicamentos.

**Estos pagos están incluidos en los costos fuera de su bolsillo**

Al realizar la suma de los costos fuera de su bolsillo, **puede incluir** los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

* La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  + *[Plans without a deductible, omit]* La Etapa de Deducible.
  + La Etapa de Cobertura Inicial.
  + La etapa de Brecha de Cobertura.
* Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

**Es importante quien paga:**

* Si **usted mismo** realiza los pagos, estos se incluyen en los costos fuera de su bolsillo.
* Estos pagos *también se incluyen* si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones.** Esto incluye pagos por sus medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que es calificado por Medicare, o por el Servicio de Salud para indígenas. Además, se incluyen los pagos del Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
* Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Medicare de Descuentos durante la Brecha de Cobertura. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

**Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:**

Cuando usted (o quienes pagan a su nombre) haya gastado un total de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* ien costos fuera de su bolsillo en el año calendario, pasará de la [*insert as applicable:* Etapa de Cobertura Inicial *OR* Etapa de Brecha de Cobertura] a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

**Estos pagos no están incluidos en los costos fuera de su bolsillo**

Al realizar la suma de los costos fuera de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos por medicamentos recetados:

* *[Plans with no premium, omit]* La cantidad que paga por su prima mensual.
* Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
* Los medicamentos que recibe una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Los medicamentos que no forman parte de la Parte D, incluyendo medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
* Los pagos que usted hace hacia los medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura adicional pero que no están cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
* [*Insert if applicable:* Los pagos que usted hace hacia los medicamentos recetados que no están cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.]
* Los pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la Brecha de Cobertura.
* Los pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupal incluyendo planes de salud del empleador.
* Los pagos por sus medicamentos que realizan algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
* Los pagos de sus medicamentos realizados por una tercera entidad con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

*Recordatorio:*Si alguna otra organización, como las que se mencionan antes, paga parte o todos los costos fuera de su bolsillo por medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame a los Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están en la contraportada de este manual).

Cómo puede llevar un registro del total de los costos fuera de su bolsillo?

* **Le ayudaremos**. El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos fuera de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo le explica sobre este informe). Cuando alcanza un total de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* en costos fuera de su bolsillo durante el año, este informe le indicara que salió de [*insert as applicable:* la Etapa de Cobertura Inicial *OR* la Etapa de Brecha de Cobertura]y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a asegurarnos de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completes y actualizados.

### SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos

#### Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted es elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los costos fuera de su bolsillo han alcanzado el límite de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* por el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

[*Plans insert appropriate option for your catastrophic cost-sharing:*

*Opción 1:*

* **La parte que le corresponde** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*:
* – *ya sea* – coseguro del 5% del costo del medicamento.
* – *o* – $*[Insert 2017 catastrophic cost-sharing amount for generics/preferred multisource drugs]* por un medicamento genérico que sea considerado como genérico y $*[insert 2017 catastrophic cost-sharing amount for all other drugs]* para todos los demás medicamentos.
* **Nuestro plan paga el resto** del costo.

*Opción 2:*

*[Insert appropriate tiered cost-sharing amounts]*.Nosotros pagamos el resto*.*]

*[If plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit, insert a description of cost-sharing in the Catastrophic Coverage Stage.]*

### SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales

#### Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

*[Optional: Insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the sections above.]*

### SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba

#### Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna

Nuestro plan ofrece cobertura para diversas vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para averiguar acerca de la cobertura de dichas vacunas, puede consultar la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

* La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
* La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la aplicación de la vacuna**. (En ocasiones, esto se conoce como la “administración” de la vacuna.)

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

**1.** **El tipo de vacuna** (para qué se le vacuna).

* + Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para averiguar sobre la cobertura de estas vacunas, vea el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*
  + Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.

**2.** **Dónde recibe el medicamento de la vacuna.**

**3.** **Quién le aplica la vacuna.**

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

* En ocasiones, cuando recibe una vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y la aplicación de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.
* En otras ocasiones, al recibir el medicamento de la vacuna o la aplicación de la vacuna, solamente pagara la parte del costo que le corresponde.

Para mostrarle como funciona, a continuación se presentan tres maneras habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. [*Insert if applicable:* Recuerde que usted es responsable por todos los costos asociados con vacunas (incluyendo su administración) durante la [*insert as applicable:* Etapa de Deducible *OR* Etapa de Brecha de Cobertura *OR* Etapa de Deducible y Etapa de Brecha de Cobertura] de su beneficio.]

*Situación 1:* Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le aplican la vacuna en la farmacia de la red. (Puede tener esta alternativa según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren las vacunas.)

* Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna y el costo de aplicarle la vacuna.
* Nuestro plan pagara el resto del costo.

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

* Al recibir la vacuna, usted pagara el costo completo de la vacuna y la administración.
* Luego, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este manual (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*)*.*
* Se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos su copago normal [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna (incluyendo la administración) [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda Adicional", le reembolsaremos esa diferencia.)]

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

* Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna en sí.
* Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagara el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
* Se le reembolsará la cantidad que el médico le cobre por la administración de la vacuna [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que normalmente pagamos. (Si esta en el programa de “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esa diferencia.)]

*[Insert any additional information about your coverage of vaccines and vaccine administration.]*

#### Sección 9.2 Puede llamarnos al Departamento de Servicio para Miembros antes de recibir una vacuna

Los reglamentos para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos para ayudarlo. Le recomendamos que primero nos llame al Departamento de Servicio al Afiliado cuando planifique recibir una vacuna. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

* Podemos informarle de que manera nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte del costo que le corresponde.
* [*Full and partial network plans insert:* Podemos informarle de que manera mantener sus propios costos reducidos mediante el uso de proveedores y farmacias de nuestra red.]
* [*Full and partial network plans:* Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle que debe hacer para recibir el pago de la parte del costo que nos corresponde.]

### SECCIÓN 10 ¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

#### Sección 10.1 ¿Que es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

**Nota:** Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagara una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se agrega a su prima de la Parte D. Usted puede deber una multa por inscripción tardía si una vez que su período de inscripción inicial haya acabado, pasó un período de 63 días consecutivos o más cuando no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. (“Cobertura válida de medicamentos recetados” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que page, en promedio, al menos, el mismo monto que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.) La cantidad de la multa dependerá de cuanto se demoro en inscribirse en un plan de cobertura válida de medicamentos recetados en cualquier momento después del final del período de inscripción inicial o cuantos meses de calendario completos estuvo sin cobertura válida de medicamentos recetados. Usted tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía es agregada a su prima mensual. *[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the next sentence]* (Miembros que deciden pagar su prima cada tres meses tendrán la multa agregada a su prima de tres meses.) Al inscribirse por primera vez en *[insert 2017 plan name],* le haremos saber la cantidad de la multa.

Su multa de inscripción tardía es considerada parte de su prima de plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si usted no paga su multa de inscripción tardía, podría perder sus beneficios sobre medicamentos recetados por no pagar su prima de plan.]

[*Plans with no plan premium, replace the previous two paragraphs with the following language:* Al inscribirse por primera vez en *[insert 2017 plan name],* le informaremos la cantidad de la multa. La multa por inscripción tardía se considera la prima del plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si usted no paga su multa de inscripción tardía, podría perder sus beneficios sobre medicamentos recetados.]]

#### Sección 10.2 ¿Cual es el costo de la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de la siguiente manera:

* En primer lugar, cuente la cantidad de meses completes que demoro en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para la inscripción. O bien, cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo una cobertura válida de medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es de 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si permanece 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
* Después, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare del país desde el año anterior. [*Insert EITHER:* Para 2017, esta cantidad promedio de la prima es de $*[insert 2017 national base beneficiary premium]* *OR* Para 2016, esta cantidad promedio de la prima fue $*[insert 2016 national base beneficiary premium]*. Esta cantidad puede cambiar en 2017.]
* A menos que apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de Medicamentos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por $*[insert base beneficiary premium]*, lo que equivale a $*[insert amount]*. Esto se redondea a $*[insert amount]*. Esta cantidad sería agregada **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía**.

Existen tres elementos importantes a tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía mensual:

* Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determina Medicare) aumenta, la multa aumentará.
* Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo en que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
* Tercero, si usted tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía volverá a cero cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía se basara solo en los meses que no tenga cobertura después del período inicial de inscripción por envejecimiento en Medicare.

#### Sección 10.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa

Aunque haya demorado la inscripción en un plan que ofrece la cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, en algunas ocasiones no debe pagar la multa por inscripción tardía.

**No pagara la multa de la prima por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:**

* Si ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare la llama “**cobertura válida de medicamentos**.” Por favor tenga en cuenta:
  + La cobertura válida podría incluir la cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato anterior, TRICARE o el Departamento de Asuntos para Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le informará cada ano si su cobertura de medicamentos es cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluida en un boletín del plan. Conserve esta información, porque puede que la necesite si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
    - Por favor tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe un “certificado de cobertura válida” cuando finaliza su cobertura de salud, es posible que no signifique que su cobertura de medicamentos recetados era válida. La notificación debe afirmar que usted tenia cobertura “válida” de medicamentos recetados que se esperaba que pague la misma cantidad que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
  + Las siguientes *no* son coberturas validas de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios Web de descuento para medicamentos.
  + Para información adicional sobre cobertura valida, por favor consulte el manual *Medicare y Usted* *2017* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana.
* Si estuvo sin cobertura válida, pero continuó sin ella durante menos de 63 días consecutivos.
* Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

#### Sección 10.4 ¿Que puede hacer si no está acuerdo con la multa por inscripción tardía?

Si noestá de acuerdo con la multa por inscripción tardía, usted o su representante puede solicitar una revisión de la decisión sobre la multa. Por lo general, puede solicitar la revisión **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la carta que recibe en la que se informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si desea más información sobre cómo hacerlo, llame a (los números de teléfono están en la contraportada de este manual).

[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: **Importante:** No deje de pagar su multa de inscripción tardía mientras está esperando por una revisión de la decisión sobre su multa de inscripción tardía. Si lo hace, podría ser dado de baja por no haber pagado sus primas mensuales.]

### SECCIÓN 11 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

#### Sección 11.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a los ingresos?

La mayoría de las personas pagan una prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son $*[insert amount]* o más para una persona (o personas casadas que reportan impuestos separado) o $*[insert amount]* o más para parejas casadas, usted debe pagar una cantidad adicional por la cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, la Administración del Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficio de su Seguro Social, Pensión de Retiro del Ferrocarril, o la Oficina de Gerencia de Personal, sin importar la manera en que usted generalmente pague la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que deba. Si su cheque de beneficio no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de medicare. **Usted debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No** **puede ser pagada con su prima mensual del plan.**

#### Sección 11.2 ¿Cual es la cantidad adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado tal como aparece en su declaración de impuestos del Departamento de Tesorería de los Estados Unidos es mayor a cierta cantidad, usted pagará una cantidad adicional además de la prima mensual del plan.

La siguiente tabla muestra la cantidad adicional en base a su ingreso.

| **Si presenta una declaración de impuestos individual y su ingreso en** *[insert year]* **fue:** | **Si estaba casado pero presenta una declaración de impuestos individual y su ingreso en** *[insert year]* **fue:** | **Si presenta una declaración de impuestos conjunta y su ingreso en** *[insert year]* **fue:** | **Este es el costo mensual adicional de la Parte D (a pagar además de la prima de su plan)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Igual o menos de $*[insert amount]* | Igual o menos de $*[insert amount]* | Igual o menos de $*[insert amount]* | $0 |
| Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* |  | Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* | *[insert amount]* |
| Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* |  | Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* | *[insert amount]* |
| Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* | Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* | Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* | *[insert amount]* |
| Más de $*[insert amount]* | Más de $*[insert amount]* | Más de $*[insert amount]* | *[insert amount]* |

#### Sección 11.3 ¿Que puede hacer si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional de la Parte D?

Si noestá de acuerdo en que debe pagar una cantidad adicional debido a su ingreso, puede solicitar a la Administración del Seguro Social que revise la decisión. Si desea más información acerca de cómo hacerlo, comuníquese con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (Los usuarios de TTY pueden llamar a 1-800-325-0778).

#### Sección 11.4 ¿Que sucede si usted no paga la cantidad adicional de la Parte D?

La cantidad adicional es pagada directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) para su cobertura de la Parte D de Medicare. Si debe pagar la cantidad adicional y no la paga, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 7

Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos cubiertos [if applicable: o medicamentos]

## Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos cubiertos [*if applicable:* o medicamentos]

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de sus servicios cubiertos [*if applicable:* o medicamentos] 168

Sección 1.1 Si paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por los servicios cubiertos [*if applicable:* o medicamentos], o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 168

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida 170

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago 171

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no 172

Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio [*if applicable:* o medicamento] y cuánto le debemos 172

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte de la atención médica [*if applicable:* o medicamento], puede realizar una apelación 172

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias 173

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos fuera de su bolsillo por medicamentos 173

### SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de sus servicios cubiertos [*if applicable:* o medicamentos]

#### Sección 1.1 Si paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por los servicios cubiertos [*if applicable:* o medicamentos], o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

*[Non-network PFFS plans may edit this section to remove network references as necessary.]*

En ocasiones, cuando recibe atención médica o [*if applicable:* un medicamento recetado], es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otros casos, puede encontrar que pago más de lo que esperaba bajo los reglamentos de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el pago (esta devolución suele llamarse “reembolso”). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado más de la parte que le corresponde del costo de los servicios médicos [*if applicable:*o medicamentos] cubiertos por nuestro plan.

También puede suceder que reciba la factura de un proveedor por el costo total de los servicios médicos que recibió. En muchos casos, debe enviarnos la factura en lugar de pagarla usted mismo. Examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de situaciones en que posiblemente deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse un pago o que pague una facture recibida:

1. Cuando recibió atención médica de emergencia por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia por parte de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca a nuestra red o no. Cuando recibe atención médica de emergencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red, usted es solo responsable de pagar la parte del costo que le corresponde, no el costo total. Debe solicitar al proveedor que facture al plan la parte del costo que nos corresponde.

* Si usted paga el monto total cuando reciba el servicio, deberá pedirnos que le reembolsemos por nuestra porción del costo. Envíenos la facture, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
* En ocasiones, puede recibir una factura del proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
  + Si se debe dinero al proveedor, le pagaremos directamente a él.
  + Si ya pago más de la parte que le corresponde por el costo del servicio, determinaremos cuanto le debemos y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde.
* **Por favor tenga en cuenta lo siguiente:** Aunque puede conseguir cuidado de un proveedor fuera de la red, su proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Con la excepción de cuidado de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor quien no es elegible de participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo entero de los servicios recibidos.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y solo solicitarle a usted la parte del costo que le corresponde. Pero en ocasiones pueden cometer errores y solicitarle que pague más de lo que le corresponde.

* Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red por una cantidad mayor al que usted cree que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos este problema de facturación.
* Si ya pago una facture a un proveedor de la red pero considera que le pago demasiado, envíenos la facture junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado y solicítenos el reembolso de la diferencia entre la cantidad que pago y la cantidad que debía al plan.

3. Si se inscribe de manera retroactiva en nuestro plan.

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso es posible que la fecha de inscripción pueda haber sucedido el año pasado.)

Si se inscribió en nuestro plan de manera retroactiva y pago de su bolsillo por cualquiera de sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* o medicamentos] después de la fecha, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte de los costos que nos corresponde. Deberá enviar documentación para que manejemos el reembolso. Por favor, llame al Departamento de Servicio al Miembro para obtener información adicional acerca de como solicitarnos el reembolso y las fechas límites para presentar la solicitud. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

*[MA-only delete next three situations.]*

4. Cuando utiliza una farmacia que no pertenece a la red para obtener un medicamento recetado

Si intenta utilizar su tarjeta de miembro en una farmacia fuera de la red para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total de la receta. (Cubrimos recetas que se surten en farmacias que no pertenecen a la red solo en algunas situaciones especiales. Si desea más información, vea el Capítulo 5, Sección 2.5.) Guarde el recibo y envíenos una copia para solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva su tarjeta de miembro del plan

Si no lleva su tarjeta de miembro del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o consulte su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción necesaria en ese momento, posiblemente deba pagar el costo total de la receta usted mismo. Guarde el recibo y envíenos una copia para solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

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

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta médica porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motive en particular.

* Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*; o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no creía que se aplicara a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total.
* Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso del pago. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

*[Plans should insert additional circumstances under which they will accept a paper claim from an enrollee.]*

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. [*Insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] de este manual (*Que hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)) tiene información sobre cómo realizar una apelación.

### SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida

*[Plans may edit this section to include a second address if they use different addresses for processing medical and drug claims.]*

#### Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para conservarla en sus registros.

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* Para asegurarnos que nos está entregando toda la información necesaria para que podamos llegar a una decisión, puede llenar nuestro formulario para hacer su solicitud de pago.

* No necesita utilizar el formulario, pero nos ayudara a procesar la información más rápidamente.
* Puede descargar una copia del formulario de nuestra página web (*[insert URL]*) o llame a Servicios para Miembros y pida el formulario. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

*[Plans with different addresses for Part C and Part D claims may modify this paragraph as needed and include the additional address.]* Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos a esta dirección:

*[insert address]*

[*If the plan allows enrollees to submit oral payment requests, insert the following language:* También puede comunicarse con nuestro plan para solicitar un pago. Para detalles, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary]* Dónde mandar una solicitud que nos pide pagar la parte del costo que nos corresponde para un servicio médico o un medicamento que haya recibido.]

[*Insert if applicable:* **Debe enviarnos su reclamación o queja dentro de** *[****insert timeframe****]* de la fecha en que recibió el servicio, articulo o medicamento.]

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea proporcionar más información sobre una solicitud de pago que nos envió.

### SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no

#### Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio [*if applicable:* o medicamento] y cuánto le debemos

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

* Si decidimos que la atención médica [*if applicable:* o medicamento] está cubierto y usted cumplió con todas las normas para la obtención de la atención [*if applicable:* o medicamento], pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si ya pago el servicio [*if applicable:* o medicamento], le enviaremos por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si aun no pago el servicio [*if applicable:* o medicamento], enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3 se explican los reglamentos que debe cumplir para obtener los servicios médicos cubiertos. [*If applicable:* En el Capítulo 5 se explican las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos recetados cubiertos por la Parte D.])
* Si decidimos que los servicios médicos [*if applicable:* o medicamento] no están cubiertos, o usted no cumplió con todos los reglamentos, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. En cambio, le enviaremos una carta explicando los motives por los cuales no le enviamos el pago solicitado y sus derechos de apelar a esta decisión.

#### Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte de la atención médica [*if applicable:* o medicamento], puede realizar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, o no está de acuerdo con la cantidad que pagamos, puede realizar una apelación. Si realiza una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles como realizar esta apelación, vea el [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] de este manual (*Que hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Si es la primera vez que realiza una apelación, le resultara útil comenzar leyendo la Sección 4 del [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9]. La Sección 4 es una introducción que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación.” Después de leer la Sección 4, puede consultar con la sección del [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] que le indica que debe hacer en su situación:

* Si desea realizar una apelación acerca del reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9].
* [*If applicable:* Si desea realizar una apelación acerca del reembolso de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.]

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

#### Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos fuera de su bolsillo por medicamentos

*[MA-only: delete this section.]*

Existen situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que realiza por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita un pago. Por el contrario, nos informa sobre pagos de manera que podamos calcular correctamente los costos fuera de su bolsillo. Esto le puede ayudar a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con más rapidez.

A continuación, se presentan dos situaciones en que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizo por sus medicamentos:

1. Cuando compra un medicamento a un precio menor a nuestro precio

*[Plans with neither a coverage gap nor a deductible should delete this section.]*

En ocasiones, cuando usted se encuentra en la [*insert if applicable:* Etapa de Deducible *OR* Etapa de Brecha de Cobertura *OR* Etapa de Deducible y Etapa de Brecha de Cobertura] usted puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio que es menor a nuestro precio.

* Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer el medicamento a un precio especial. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de nuestro beneficio que ofrece un precio menor.
* A menos que se apliquen condiciones especiales, en estos casos debe utilizar una farmacia de la red y el medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de Medicamentos.
* Guarde el recibo y envíenos una copia, para tomarlo en cuenta como costos fuera de su bolsillo y pueda ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Por favor tenga en cuenta lo siguiente:** Si se encuentra en la [*insert if applicable:* Etapa de Deducible *OR* Etapa de Brecha de Cobertura *OR* Etapa de Deducible y Etapa de Brecha de Cobertura], nosotros [*insert as applicable:* no *OR* puede que no] pagaremos por ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero el envío de una copia del recibo nos permite calcular correctamente los costos fuera de su bolsillo y puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con más rapidez.

2. Cuando usted obtiene un medicamento a través de un programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa que ofrece un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de ayuda al paciente.

* Guarde el recibo y envíenos una copia, para tomarlo en cuenta como costos fuera de su bolsillo y pueda ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Por favor tenga en cuenta lo siguiente:** Ya que está obteniendo su medicamento a través del programa de ayuda al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de los medicamentos. Pero el envío de una copia del recibo nos permite calcular correctamente los costos fuera de su bolsillo y puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con más rapidez.

Ya que no solicita el pago en ninguno de los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede realizar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 7

Sus derechos y responsabilidades

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 177

Sección 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* Debemos proporcionar la información de una manera que a usted le resulte útil (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.) 177

Sección 1.2 Debemos tratarlo con equidad y respeto en todo momento 177

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que reciba sin demora sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* y medicamentos] 178

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal sobre su salud 178

Sección 1.5 Debemos darle información acerca del plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos 179

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones acerca de sus cuidados 181

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones tomadas 183

Sección 1.8 ¿Que puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos? 184

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos 184

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 185

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 185

*[Note*: *Plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA-required language*.*]*

### SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

#### Sección 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* Debemos proporcionar la información de una manera que a usted le resulte útil (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold.]*

Si desea que le enviemos información de manera que le resulte útil, por favor, llame a Servicios para Miembros (números de teléfonos se encuentran en la contraportada de este manual).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan ingles. *[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]* También podemos darle la información en Braille, en texto con letras grandes o en otros formatos alternativas que pueda necesitar. Si es elegible para Medicare por una incapacidad, debemos proporcionarle la información sobre los beneficios del plan de una manera accesible y adecuada para usted. Si desea que le enviemos información de manera que le resulte útil, por favor, llame a Servicios para Miembros (números de teléfonos se encuentran en la contraportada de este manual).

Si tiene algún problema para recibir información de nuestro plan debido a problemas relacionadas con el idioma o su incapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, e informe que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.2 Debemos tratarlo con equidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o el tratamiento injusto. **No discriminamos** a las personas por su raza, origen étnico, origen nacional, religión, sexo, edad, incapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de seguros, o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene dudas acerca de la discriminación o el trato injusto, por favor, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si padece una incapacidad y necesita ayuda para el acceso a la atención, por favor, llámenos al Departamento de Servicio al Afiliado (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

#### Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que reciba sin demora sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* y medicamentos]

Usted puede obtener cuidado de cualquier proveedor dentro de los Estados Unidos, si el proveedor acuerda aceptar los términos y condiciones de pago de nuestro plan antes de proveerle servicios y si es elegible para proveerle servicios bajo Medicare Original, como es descrito en Capítulo 3, Sección 1.2. Siempre deberá (excepto tal vez en emergencias) demostrarle al proveedor su tarjeta de membresía PFFS. *[Non-network PPFS plans may edit this sentence to remove network references]* Como un miembro del plan, usted tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*.

[*Non-network PFFS plans insert:* Un proveedor puede decidir si acepta los términos y condiciones de pago de nuestro plan cada vez que vea su proveedor.]

[*Partial and full network PFFS plans insert*: Nuestro plan ha firmado contrato con algunos proveedores para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Estos proveedores son los proveedores de nuestra red. El Capítulo 3, Sección 1.2 describe las reglas para obtener servicios cubiertos por medio de utilizar nuestros proveedores.]

[*Insert if applicable:* También tiene derecho a surtir o recibir una reposición de sus recetas en cualquier farmacia de la red sin grandes demoras.]

Si considera que no recibe la atención médica [*insert if applicable:* o medicamentos de la Parte D] dentro un plazo razonable, [*insert as appropriate:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9], [*insert as appropriate:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este manual le informa lo que puede hacer. (Si le negamos la cobertura de su atención médica [*insert if applicable:* o medicamentos] y no está de acuerdo con nuestra decisión, [*insert as appropriate:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9], Sección 4 le informa lo que puede hacer.)

#### Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal sobre su salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico y su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo requerido por estas leyes.

* La “información personal sobre su salud” incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió en el plan, así como los registros médicos y otros datos médicos sobre su salud.
* Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de la manera en que se utiliza la información sobre su salud. Le proporcionaremos un aviso por escrito, llamado “Aviso sobre Prácticas de Privacidad,” que le informa sobre estos derechos y explica como protegemos la privacidad de la información sobre su salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud?

* Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus registros.
* En la mayoría de los casos, si revelamos información sobre su salud a una persona que no proporcione ni pague su atención médica, *en primer lugar debemos obtener su permiso por escrito.* El permiso por escrito lo puede proporcionar usted o alguien que tenga poder legal para tomar decisiones en su lugar.
* Existen excepciones donde no es necesario que primero obtengamos su permiso por escrito. Dichas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
  + Por ejemplo, debemos divulgar la información sobre su salud a las agencias del gobierno que controlen la calidad de la atención médica.
  + Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle la información sobre su salud a Medicare [*MA-PD plans insert:* incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D]. Si Medicare divulga su información para la investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y los reglamentos federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a examinar los registros médicos que tiene el plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o hagamos correcciones a sus registros médicos. Si usted lo solicita, lo analizaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se divulgó a terceros la información sobre su salud con fines que no son de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de la información personal sobre su salud, por favor, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

*[Note: Plans may insert custom privacy practices.]*

#### Sección 1.5 Debemos darle información acerca del plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos

*[Non-network PFFS plans may edit the title of this section to remove network reference.]*

*[Plans may edit the section to reflect the types of alternate format materials available to plan members and/or language primarily spoken in the plan service area.]*

Como miembro de *[insert 2017 plan name]*, usted tiene derecho a obtener varios tipos de información. (Como se explica anteriormente en Sección 1.1, tiene derecho a que le enviemos información de una manera que le resulte útil. Esto incluye recibir la información en otros idiomas además del ingles, en texto con letras grandes o en otros formatos alternativos.)

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual):

* **Información sobre nuestro plan**. Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan. También incluye información sobre el numero de apelaciones realizadas por los miembros y los índices de rendimiento del plan, incluyendo como lo calificaron los miembros y su comparación con otros planes de salud de Medicare.
* *[Non-network PFFS plans may omit or revise this bullet as necessary]* **Información sobre nuestros proveedores de la red** [*insert if applicable:* **incluyendo nuestras farmacias de la red**]**.** 
  + Por ejemplo, tiene derecho a que le enviamos información sobre los títulos de los proveedores [*insert if applicable:* y farmacias] de la red y sobre como pagamos a nuestros proveedores de la red.
  + *[Plans that combine the provider and pharmacy directory may combine this bullet and the one below and edit the information as needed]* Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *[insert name of provider directory]*.
  + [*Insert if applicable:* Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *[insert name of pharmacy directory]*.]
  + Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores [*insert if applicable:* o farmacias], puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o visite nuestra página de web en *[insert URL]*.
* **Información sobre su cobertura y los reglamentos que debe cumplir al utilizarla.** 
  + En los Capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos los servicios médicos que están cubiertos, las restricciones a su cobertura y los reglamentos que debe cumplir para obtener los servicios médicos cubiertos.
  + [*Insert if applicable:* Para obtener detalles sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6 de este manual y la *Lista de Medicamentos cubiertos (formulario)* del plan.Estos capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos cubiertos (formulario)*, le indican que medicamentos están cubiertos y explican los reglamentos que debe cumplir y las restricciones a su cobertura para determinados medicamentos.]
  + Si tiene preguntas acerca de los reglamentos o restricciones, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
* **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  + Si un servicio médico [*insert if applicable:* o medicamento de la Parte D] no está cubierto, o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitarnos una explicación por escrito. *[Non-network, MA-only plans may delete the following sentence]* Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico [insert if applicable: o medicamento] de un proveedor fuera de la red [*insert if applicable:* o farmacia]. [*Non-network MA-PD plans should replace the previous sentence with:* Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el medicamento de una farmacia fuera de la red.]
  + Si no está satisfecho o no está de acuerdo con nuestra decisión sobre qué servicio médico [*insert if applicable:* o medicamento de la Parte D] está cubierto, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión mediante una apelación. Para detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera en que usted piensa que debería estar cubierto, vea [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo realizar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. ([*Insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] también indica cómo hacer una queja sobre la calidad de atención médica, los tiempos de espera y otras inquietudes.)
  + Si desea solicitar a nuestro plan que pague la parte que le corresponde de una facture recibida por atención médica [*insert if applicable:* o un medicamento recetado de la Parte D], consulte [*insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] de este folleto.

#### Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones acerca de sus cuidados

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre sus servicios médicos

Usted tiene derecho a que los médicos y otros proveedores de salud le proporcionen toda la información cuando recibe atención médica. Los proveedores deben explicarle su condición médica y las opciones de tratamiento *de una manera comprensible para usted*.

Además, tiene derecho a participar completamente en las decisiones relacionadas con su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos sobre que tratamiento es el mejor para usted, cuenta con los siguientes derechos:

* **Conocer todas las opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen todas opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente del costo o si están cubiertos por nuestro plan*.* [*Insert if applicable:* También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.]
* **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique su atención médica. Se le debe comunicar con anticipación si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la posibilidad de negarse a los tratamientos con fines experimentales.
* **Derecho a decir “no.**” Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho de dejar cualquier hospital u otra institución médica, aunque su médico le sugiera no hacerlo. [*MA-PD plans insert:* También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos.] Por supuesto, si se niega al tratamiento [*MA-PD plans insert:* o deja de tomar sus medicamentos], asume la responsabilidad absoluta de las consecuencias que sufra su cuerpo.
* **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención médica.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención médica que usted considera que debe recibir. Para recibir dicha explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. [*Insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] de este manual indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer en caso de que usted no pueda tomar decisiones médicas

*[Note:**Plans that would like to provide members with state-specific information about advanced directives, including contact information for the appropriate state agency, may do so.]*

En ocasiones, las personas pueden quedar imposibilitadas para tomar decisiones acerca de su propia atención médica, debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Eso significa que, *si lo desea*, puede:

* Completar un formulario por escrito donde le otorgue **a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su lugar** si en algún momento queda imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.
* **Dar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de como desea que manejen su atención médica en caso de quedar imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.

Los documentos legales que puede utilizar para dar directivas anticipadas en estas situaciones se conocen como “**instrucciones por anticipado**.” Existen diversos tipos de instrucciones por anticipado y diferentes formas de llamarlas. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder legal para decisiones médicas**” son algunos ejemplos de instrucciones por anticipado.

Si desea utilizar una “instrucción por anticipado” para proporcionar sus decisiones, debe realizar lo siguiente:

* **Obtener el formulario.** Si desea tener una instrucción por anticipado, puede solicitar el formulario a su abogado, a un trabajador social o en tiendas de suministros para oficinas. En ocasiones, puede obtener formularios para instrucciones por anticipado de organizaciones que proporcionan a las personas información sobre Medicare. [*Insert if applicable:* También puede comunicarse con Servicios para Miembros para pedir formularios (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).]
* **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que constituye un documento legal. Debería considerar recibir la ayuda de un abogado para completarlo.
* **Proporcionar copias a las personas adecuadas.** Deberá entregar una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario como la elegida para tomar decisiones por usted cuando usted no pueda. Puede entregar copias a amigos cercanos y a miembros de su familia. Asegúrese de mantener una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una instrucción por anticipado, **lleve una copia con usted al hospital**.

* Si lo admiten en un hospital, le preguntaran si firmo un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.
* Si no lo hizo, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntaran si desea firmar uno.

**Recuerde, es su elección si desea completar el formulario de instrucciones por anticipado** (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención médica o discriminarlo por haber firmado o no un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y cree que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones, usted puede presentar una queja con *[insert appropriate state-specific agency (such as the State Department of Health)]*. *[Plans also have the option to include a separate exhibit to list the state-specific agency in all states, or in all states in which the plan is filed, and then should revise the previous sentence to make reference to that exhibit.]*

#### Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones tomadas

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención médica o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este manual le indica que puede hacer. Allí se proporcionan detalles sobre cómo enfrentar todo tipo de problemas y quejas. Lo que usted necesita hacer en caso de tener un problema o preocupación dependerá de la situación. Tal vez debe solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Haga lo que haga – solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación, o presentar una queja – **deberemos tratarlo justamente.**

Tiene derecho a recibir un resumen informativo sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros hayan presentado anteriormente contra nuestro plan. Para recibir esta información, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

#### Sección 1.8 ¿Que puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?

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

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos a causa de su raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, religión (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 para los usuarios de TTY, o llame a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda para enfrentar el problema que tiene:

* Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
* Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y como comunicarse con ellos, vea el Capítulo 2, Sección 3.
* O, **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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

* Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
* Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y como comunicarse con ellos, vea el Capítulo 2, Sección 3.
* Puede llamar a **Medicare**.
  + Puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones de Medicare.” (La publicación está disponible en: <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>.)
  + O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios TTY 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, se describe lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudarlo.

* **Familiarícese con los servicios cubiertos y los reglamentos que debe seguir para obtenerlos.** Utilice este manual de Evidencia de Cobertura para saber qué servicios tiene cubiertos y conocer los reglamentos que debe cumplir para obtenerlos.
  + Los Capítulos 3 y 4 le proporcionan detalles sobre los servicios médicos, incluyendo cuales están cubiertos, cuáles no, los reglamentos a seguir y lo que paga.
  + [*Insert if applicable:* Capítulos 5 y 6 le proporcionan detalles sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.]
* **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud**[*insert if applicable:*  **o cobertura de medicamentos recetados**] **además de nuestro plan, debe avisarnos.**  Por favor llame al Departamento de Servicios al Afiliado para avisarnos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
  + Debemos respetar las normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted está utilizando toda su cobertura en combinación al obtener los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se conoce como “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios médicos [*insert if applicable:* y de medicamentos] que recibe usted de nuestro plan con los demás beneficios médicos [*insert if applicable:* y de medicamentos] que tenga disponibles. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Si desea más información acerca de la coordinación de beneficios, vea el Capítulo 1, Sección 7.)
* **Informe a su médico y a los demás proveedores de salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que recibe atención médica[*insert if applicable:* o medicamentos recetados de la Parte D]*.*
* **Colabore con sus médicos y otros proveedores que lo ayudan, dándoles información, hacienda preguntas y dando seguimiento de su atención médica.** 
  + Para ayudar a sus médicos y demás proveedores a que le brinden la mejor atención, infórmese lo más posible sobre sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
  + Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos sin receta médica, las vitaminas y los suplementos.
  + Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Se supone que los médicos y los demás proveedores de atención médica le explicaran de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
* **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude para el funcionamiento ordenado del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
* **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los pagos siguientes:
  + [*Insert if applicable:* Debe pagar las primas de su plan para continuar a ser miembro de nuestro plan.]
  + Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare de la Parte A y Medicare de la Parte B. Por esa razón, algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para permanecer como miembro del plan.
  + Para la mayoría de los servicios médicos [*insert if applicable:* o medicamentos] cubiertos por el plan, debe pagar la parte del costo que a usted le corresponde cuando recibe el servicio [*insert if applicable:* o medicamento]. Será un [*insert as appropriate:* copago (una cantidad fija) *OR* un coseguro (un porcentaje del costo total) *OR* un copago (una cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total)]. El Capítulo 4 le indica qué debe pagar por sus servicios médicos. [*Insert if applicable:* El Capítulo 6 le indica que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.]
  + Si recibe algún servicio médico [*insert if applicable:* o medicamento] que no está cubierto por nuestro plan u otro seguro que tenga, debe pagar el costo entero.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un servicio [*insert if applicable:* o medicamento], puede presentar una apelación. Por favor, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

*[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

* + [*Plans offering Part D, insert:* Si se le requiere el pago de una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para permanecer como miembro del plan.]
  + [*Part D plans, insert:* Si se le requiere pagar la cantidad adicional de la Parte D dado a su ingreso anual, usted debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para permanecer un miembro del plan.]
* **Infórmenos si se muda.** Si tiene planeado mudarse, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
  + **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted** [*if a continuation area is offered, insert “*generalmente*” here and then explain the continuation area*]**no puede permanecer como miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 describe nuestra área de servicio.) Podemos ayudarle a averiguar si se muda fuera del área de servicio. Si abandona el área de servicio, tendrá un período especial de inscripción cuando se inscriba en un plan de Medicare disponible en su área. Podemos informarle si contamos con un plan en el área nueva.
  + **Si se muda *dentro* del área de servicio, de todas maneras necesitamos saber** para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo ponernos en contacto con usted.
  + Si se muda, también es importante avisarle al Departamento de Seguro Social (o la Junta de Retiro Ferroviario). Usted puede encontrar números de teléfono e información de contacto para estas organizaciones en Capítulo 2.
* **Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas o dudas.** También agradecemos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
  + Los números de teléfono y el horario de atención de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este manual.
  + Si desea más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo nuestra dirección de correo, vea el Capítulo 2.

Capítulo 9

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

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

ANTECEDENTES 192

SECCIÓN 1 Introducción 192

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o duda 192

Sección 1.2 Qué ocurre con los términos legales 192

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros 193

Sección 2.1 Donde obtener más información y ayuda personalizada 193

SECCIÓN 3 ¿Para tratar de resolver un problema, qué proceso debe utilizar? 194

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas? 194

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 195

SECCIÓN 4 Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones 195

Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: el panorama general 195

Sección 4.2 Cómo recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 196

Sección 4.3 ¿Que sección de este capítulo proporciona la información detallada para su situación? 197

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 198

Sección 5.1 En esta sección se indica que hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de un servicio médico o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de su atención médica 198

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (Cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea) 199

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 203

Sección 5.4 Paso a paso: Paso 2: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2 206

Sección 5.5 ¿Que sucede si nos solicita pagar la parte del costo que no corresponde de una facture que usted recibió por atención médica? 209

SECCIÓN 6 Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 210

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento recetado de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D 210

Sección 6.2 ¿Que es una excepción? 212

Sección 6.3 Información importante que debe saber acerca de la solicitud de excepciones 214

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción 215

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 219

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 222

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo 224

Sección 7.1 Durante la estadía en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informara sus derechos 225

Sección 7.2 Paso a paso: Estos son los pasos del Nivel 1 del proceso de apelación: 226

Sección 7.3 Paso a paso: Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación: 229

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1? 231

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura está finalizando demasiado temprano 234

Sección 8.1 Esta sección trata solamente de tres servicios: Cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un establecimiento de enfermería y en un Centro de Rehabilitación Completa (CORF) 234

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo su cobertura va a terminar 234

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cobra su atención durante un período más largo 235

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cobra su atención durante un período más largo 238

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1? 239

SECCIÓN 9 Cómo presentar su apelación en el Nivel 3 y los niveles superiores 242

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4, and 5 para Apelaciones de Servicios Médicos 242

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3,4 y 5 para las Apelaciones de los medicamentos de la Parte D 244

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 246

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, tiempo de espera, el servicio al cliente y otras cuestiones 246

Sección 10.1 ¿Que tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas? 246

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal” 248

Sección 10.3 Paso a paso: Presentando una queja 249

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad 250

Sección 10.5 También le puede informar a Medicare acerca de su queja 250

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each “Legal Terms” box is kept on the same page as the box.]*

ANTECEDENTES

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o duda

En este capítulo se explican dos tipos de procesos formales para manejar los problemas y las dudas:

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

Ambos procesos fueron aprobados por Medicare. Para garantizar el trato equitativo e inmediato de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos respetar.

¿Cuál debería utilizar? Eso depende el tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudara a identificar el proceso adecuado a utilizar.

#### Sección 1.2 Qué ocurre con los términos legales

Existen términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se detallan en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender.

Para simplificar las cosas, en este capítulo se explican los procedimientos y normas legales mediante palabras más sencillas en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de “realizar una queja” en lugar de “presentar una queja formal,” “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización” o “determinación de cobertura,” y “Organización Revisora Independiente” en lugar de “Entidad Revisora Independiente.” También se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en algunos casos, realmente importante) que conozca los términos legales correctos para su situación. Saber cuáles términos utilizar le ayudara a comunicarse con mayor claridad y precisión al atender su problema y obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos debe utilizar, incluimos términos legales al proporcionar detalles sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones.

### SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros

#### Sección 2.1 Donde obtener más información y ayuda personalizada

En ocasiones, puede resultar confuso comenzar o llevar a cabo el proceso indicado para resolver un problema. Esto es particularmente cierto si no se siente bien o si no tiene demasiada energía. En otros casos, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el siguiente paso.

Reciba ayuda de una organización del gobierno independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en determinadas situaciones también puede pedir la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede ponerse en contacto con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Los asesores del programa pueden ayudarle a comprender que proceso debe utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratis. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it]* Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto.

También puede recibir ayuda e información en Medicare

Para obtener más información y recibir ayuda para tratar un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, le presentamos dos formas de obtener información directa de Medicare:

* Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
* Puede visitar el sitio Web de Medicare ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)).

### SECCIÓN 3 ¿Para tratar de resolver un problema, qué proceso debe utilizar?

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

Si tiene un problema o duda, simplemente debe leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

Para averiguar que parte de este capítulo le ayudará con su problema o preocupación específicos, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o preocupación es acerca de sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas acerca de la cobertura o no de atención médica o medicamentos recetados en particular, la forma en que están cubiertos, y problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos recetados.)

**Si.** Mi problema es acerca de beneficios o cobertura.

Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Una guía de los básico sobre las decisiones de cobertura y solicitudes de apelación.”**

No. Mi problema no es acerca de beneficios o cobertura.

Avance a la[*insert as applicable:* **Sección 9** *OR* **Sección 10**]al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, el tiempo de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones.”**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

### SECCIÓN 4 Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

#### Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: el panorama general

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se encarga de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos [*insert if applicable:* y medicamentos recetados], incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se utiliza para asuntos tales como si se cubre un servicio/medicamento o no y como está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una “decisión de cobertura” es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos [*insert if applicable:* o medicamentos]. Usted o su doctor también se pueden comunicar con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o si le niega atención médica que usted considera necesaria. En otras palabras, en caso de que desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué tiene cubierto y cuánto pagaremos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio [*insert if applicable:* o medicamento] no está cubierto para usted por Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está de acuerdo, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted presenta una apelación por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hayamos tomado para verificar si seguimos todas las reglas de manera adecuada. Se ocupan de su apelación diferentes revisores que los que tomaron la decisión adversa original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos una parte o toda la Apelación de Nivel 1, puede presentar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es realizada por una organización independiente que no tiene conexión con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviara automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Si esto sucede, le avisaremos. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2.) Si no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede avanzar por varios niveles más de apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede avanzar por varios niveles más de apelación.

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

¿Desea que lo ayudemos? A continuación, presentamos algunos recursos que tal vez quiera utilizar si decide solicitar alguna decisión de cobertura o apelar una decisión:

* **Puede llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
* Para **recibir ayuda gratuita de una organización independiente** que no tenga conexión con nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
* [*MA-only plans, insert:* **Su médico puede solicitar un pedido para usted.** Para la atención médica, su doctor puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su solicitud s negada en el Nivel 1, será automáticamente enviada al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado por usted como su representante.]
* [*MA-PD plans, insert:* **Su médico puede solicitar un pedido para usted.**
  + Para la atención médica, su doctor puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su solicitud s negada en el Nivel 1, será automáticamente enviada al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado por usted como su representante.
  + Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una determinación de cobertura o una Apelación del Nivel 1 o del Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro otro profesional que receta debe ser designado por usted como su representante.]
* **Puede solicitar que otra persona actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a una persona que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.
  + Es posible que ya haya una persona autorizada legalmente para actuar como su representante según la Ley Estatal.
  + Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor, o alguna otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. (Este formulario también está disponible en la página Web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* o en nuestra página Web en *[insert website or link to form]*].) El formulario le otorga a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
* **También tiene derecho a contratar un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través de la asociación de abogados u otro servicio de referencia. Además, hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si es elegible. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

#### Sección 4.3 ¿Que sección de este capítulo proporciona la información detallada para su situación?

Existen [*insert as applicable:* tres *OR* cuatro] diferentes tipos de situaciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Dado que cada situación tiene sus propios reglamentos y plazos, proporcionamos los detalles de cada una de ellas en diferentes secciones:

* **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
* *[MA-only plans: omit this bullet]* **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
* [*Insert as applicable:* **Sección 6** *OR* **Sección 7**] de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo”
* [*Insert as applicable:* **Sección 7** *OR* **Sección 8**] de este capítulo: “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está terminando antes de tiempo ” (*Se aplica a los siguientes servicios solamente*: servicios de cuidado de la salud en el hogar, un centro de cuidado por enfermeros calificados, atención en un establecimiento de cuidado médico continuo y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF))

Si no está seguro que sección debe consultar, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). También puede obtener información o ayuda de organizaciones del gobierno, como el Programa Estatal de Asistencia (los números de teléfono de este programa están en el Capítulo 2, Sección 3, de este manual.

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

question markquestion mark. ¿Leyó la Sección 4 de este capítulo? (¿*Guía de “lo básico” sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*?) Si no, es posible que desee leerla antes de comenzar esta sección.

#### Sección 5.1 En esta sección se indica que hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de un servicio médico o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de su atención médica

Esta sección trata sobre sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga*). Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de la sección, en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios” cada vez.

Esta sección le indica que puede hacer si se encuentra en una de las cinco situaciones siguiente:

1. No recibe determinada atención médica que desea y considera que esta cubierta por nuestro plan.

2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle y usted considera que dicha atención está cubierta por el plan.

3. Recibió los servicios o la atención médica que considera que debe cubrir el plan, pero hemos determinado que no pagaremos esa atención.

4. Recibió y pago los servicios o la atención médica que considera que debe cubrir el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso de esa atención.

5. Se le avisa que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos anteriormente, se reducirá o interrumpirá y considera que la reducción o interrupción podría perjudicar su salud.

* NOTA: **Si la cobertura que se interrumpirá corresponde a los servicios de internación, cuidado de la salud en el hogar, Atención en un Establecimiento de Cuidado Médico Continuo o en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación (CORF)**, debe leer una sección separada de este capítulo dado que para estos tipos de atención se aplican normas especiales. Aquí le indicamos que debe leer en estas situaciones:
* [*Insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9], [*insert as applicable:* Sección 6 *OR* Sección 7]: *Cómo solicitarnos una estadía en el hospital mas prologada si considera que le solicitan que salga del hospital antes de tiempo.*
* [*Insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9], [*insert as applicable:* Sección 7 *OR* Sección 8]: *Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está terminando antes de tiempo.* Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: servicios de cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF).
* Para *todas las demás* situaciones donde se le comunique que se interrumpirá la atención médica que estuvo recibiendo, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

| Si se encuentra en esta situación: | Puede hacer lo siguiente: |
| --- | --- |
| ¿Desea averiguar si cubriremos la atención médica o servicios que usted desea? | Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.  Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5.2**. |
| ¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un servicios medico de la manera en que usted desea que sea cubierto o pagado? | Puede presentar una **apelación**. (Significa que nos pide que lo reconsideremos.)  Avance a la **Sección 5.3** de este capítulo. |
| ¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de atención médica o servicios que ya recibió y pagó? | Puede enviarnos la factura.  Avance a la **Sección 5.5** de este capítulo. |

#### Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (Cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)

| **Términos Legales** |
| --- |
| Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se conoce como **“determinación de organización.”** |

Paso 1: Usted pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitarnos una “decisión rápida sobre cobertura.”

| **Términos Legales** |
| --- |
| A “decisión rápida sobre cobertura” se conoce como **“determinación acelerada.”** |

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

* Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que le proporcionemos la cobertura de la atención médica que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante.
* Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vea el Capítulo 2, Sección 1.2, y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica*.

Generalmente, utilizamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión

Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos aceptado emplear los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

* **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días calendario mas** si solicita más tiempo o si necesitamos más información (como registros médicos [*full and partial network plans insert:* de proveedores fuera de la red]) que pudiera beneficiarlo. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
* Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo.)

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida sobre cobertura”

* **Una decisión rápida** **significa que responderemos dentro de las siguientes 72 horas.** 
  + **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días calendario mas** si notamos que falta información que podría beneficiarlo (como registros médicos [*full and partial network plans insert:* de proveedores fuera de la red]), o si necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos extendernos, le avisaremos por escrito.
  + Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo.) Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
* **Para recibir una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
  + Puede obtener una decisión rápida sobre cobertura *solo* si solicita la cobertura de atención médica *que aun no recibió*. (No puede obtener una decisión rápida sobre cobertura si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya recibió.)
  + Puede obtener una decisión rápida sobre cobertura *solo* si el uso de plazo estándar podría *ocasionar daños graves en su salud o perjudicar su capacidad física.*
* **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión rápida sobre** **cobertura”, automáticamente** **aceptaremos proporcionarla.**
* Si solicita una decisión rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le proporcionaremos una decisión rápida.
  + Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole (y, en su lugar, emplearemos los plazos estándar).
  + Dicha carta le informará que, si su médico solicita una decisión rápida sobre cobertura, automáticamente la proporcionaremos.
  + Además, le informara de que manera puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida que solicito. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le responderemos.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

* Generalmente, para una decisión rápida, le comunicaremos nuestra respuesta **dentro de las siguientes 72 horas**.
  + Como se explico antes, podemos tomar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le avisaremos por escrito.
  + Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo.
  + Si no le comunicamos nuestra respuesta en las siguientes 72 horas (o si existe un período de extensión, al finalizar ese período), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 le indica como presentar una apelación.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar una decisión, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al finalizar el período de extensión.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito explicándole por que nos negamos.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

* Por lo general, para una decisión estándar, le comunicaremos nuestra respuesta **en los siguientes 14 días calendario después de recibir su solicitud.**
  + Podemos tomar hasta 14 días calendario mas (“período de extensión”) en determinadas circunstancias. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
  + Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo.)
  + Si no le comunicamos nuestra respuesta en los siguientes 14 días calendario (o si existe un período de extensión, al finalizar ese período), tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 le indica como presentar una apelación.
* **Si nuestra respuesta es “sí” para parte de, o a todo lo que solicitó,** deberemos autorizar o facilitar la cobertura de cuidados médicos acordada en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar una decisión, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al finalizar el período de extensión.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito explicándole por que nos negamos.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, usted decide si presenta una apelación.

* Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos – y tal vez, cambiemos – nuestra decisión mediante una apelación. El presentar una apelación significa intentar nuevamente recibir cobertura para los cuidados médicos que usted desea obtener.
* Si usted decide presentar una apelación, esto significa que utiliza el Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 más abajo).

#### Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una apelación presentada al plan acerca de cobertura de cuidados médicos se denomina solicitar una **“reconsideración”** del plan |

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta acelerada, deberá solicitar una “apelación acelerada.”

Qué hacer

* **Para iniciar una apelación, usted, su médico, o su representante, deberán comunicarse con nosotros.** Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motive relacionado con su apelación, vea el Capítulo 2, Sección 1.2 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica.*
* **Si usted está presentando una apelación estándar, preséntela por escrito enviando una solicitud.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación llamando a nuestro número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1.2 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica*).]
  + Si otra persona que no sea su médico presenta una apelación a nuestra decisión por usted, su apelación debe incluir el formulario “Nombramiento de un representante” que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación) y solicite el formulario “Nombramiento de representante”. También está disponible en nuestra página Web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* o en nuestra página Web *[insert website or link to form]*].) Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión acerca de su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que le explica su derecho a pedir que a la Organización de revisión independiente revise nuestra decisión.
* **Si solicita una apelación rápida, hágala por escrito o llámenos** al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1 *[plan may edit section title as needed]* (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica*).
* **Debe presentar su solicitud de apelación en los siguientes 60 días calendario** desde la fecha en que enviamos el aviso escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y tiene un buen motive para que se haya vencido, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos para el vencimiento del plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
* **Usted puede solicitar obtener una copia de la información relacionada con nuestra decisión y añadir más información para apoyar su apelación.**
  + Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envió de esta información.]
  + Si usted lo desea, usted y su médico podrán facilitarnos información adicional para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación acelerada” (puede solicitarla por teléfono)

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “apelación acelerada” también se denomina **“reconsideración acelerada.”** |

* Si está apelando una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención que aun no recibió, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida.”
* Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los necesarios para obtener una “decisión de cobertura rápida.” Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida. (Dichas instrucciones se detallaron antes en esta sección.)
* Si su médico nos indica que su salud requiere una “apelación acelerada,” aceptaremos que presente una apelación acelerada.

Paso 2: Consideramos su apelación y le proporcionamos nuestra respuesta.

* Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si cumplimos todos los reglamentos cuando rechazamos su solicitud.
* En caso de que sea necesario, recopilaremos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

* Cuando utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  + No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más.** Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
  + Si no le comunicamos una respuesta en las siguientes 72 horas (o al finalizar el período de extensión, en caso de extendernos), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización independiente la revisara. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización y le explicaremos que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos un aviso de rechazo por escrito, informándole que enviamos automáticamente su apelación a la Organización Revisora Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

* Si utilizamos plazos estándar, debemos darle una respuesta **en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su apelación, si esta se trata de cobertura de servicios que aun no recibió. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
  + No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más.** Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
  + Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo.)
  + Si no le comunicamos una respuesta antes del plazo antes mencionado (o al finalizar el período de extensión, en caso de extendernos), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización externa independiente la revisará. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en las siguientes 30 días calendario después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos un aviso de rechazo por escrito, informándole que enviamos automáticamente su apelación a la Organización Revisora Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza su apelación o parte de ella, el caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

* Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al rechazar su apelación, **debemos enviar su apelación a la “Organización Revisora Independiente.”** Al hacerlo, esto significa que su apelación pasara al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

#### Sección 5.4 Paso a paso: Paso 2: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora Independiente** revisa nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es **“Entidad Revisora Independiente.”**  A veces también se le conoce como **“IRE”** (por su sigla en inglés). |

Paso 1: La Organización Revisora Independiente revisa su apelación.

* **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.**  La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización Revisora Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Le enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se conoce como “expediente del caso.” **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso**. [*If a fee is charged, insert:* Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envió de esta información.]
* Tiene derecho a proporcionar a la Organización Revisora Independiente información adicional que respalde su apelación.
* Los revisores de la Organización Revisora Independiente revisaran detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le proporcionó una “apelación rápida” en el Nivel 1, también se le proporcionará una “apelación rápida” en el Nivel 2

* Si nuestro plan le proporciono una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
* Sin embargo, si la Organización Revisora Independiente debe recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede extenderse hasta 14 días de calendario más**.

Si se le proporciono una “apelación estándar” en el Nivel 1, también se le proporcionará una “apelación estándar” en el Nivel 2

* Si nuestro plan le proporcionó una apelación estándar en Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su apelación.
* Sin embargo, si la Organización Revisora Independiente debe recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede extenderse hasta 14 días de calendario más**.

Paso 2: La Organización Revisora Independiente le informa su respuesta.

La Organización Revisora Independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicarñá los motivos.

* **Si la organización revisora acepta su solicitud, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en las siguientes 72 horas o proporcionar el servicio en los siguientes 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización revisora para solicitudes estándar, o en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización revisora para solicitudes aceleradas.
* **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe autorizarse. (Esto se conoce como “mantener la decisión”. También se le conoce como “rechazo de su apelación”).
  + Si la organización de revisión independiente “mantiene la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para hacer otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está pidiendo tiene que cumplir un mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que usted está pidiendo es muy bajo, usted no puede hacer otra apelación, y esto significa que la decisión al Nivel 2 es final. La notificación por escrito de la Organización de Revisión Independiente le dirá como saber la cantidad de dinero para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
* Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo aparece en el aviso por escrito que recibió después de la Apelación de Nivel 2.
* La Apelación de Nivel 3 es evaluada por un juez de derecho administrativo. [*Insert as applicable:* Sección 8 *O* Sección 9] en este capítulo le da más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

#### Sección 5.5 ¿Que sucede si nos solicita pagar la parte del costo que no corresponde de una facture que usted recibió por atención médica?

Si desea solicitarnos el pago de atención médica, comience por leer el [*insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] de este manual: *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una facture recibida por servicios médicos cubiertos [insert if applicable: o medicamentos].* [*Insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] describe las situaciones en que usted puede solicitar el reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También se indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

La solicitud de reembolso es una solicitud de decisión de cobertura de nuestra parte

Si envía la documentación para solicitarnos el reembolso, está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, evaluaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (vea el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga*). También evaluaremos si usted siguió todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (dichas normas se proporcionan 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 pago está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por su atención médica en los siguientes 60 días de calendario después de recibir su solicitud. O, si no pago los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envió del pago implica *aceptar* su solicitud de decisión de cobertura.)
* Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos los servicios y nuestros motivos de esa decisión. (El rechazo de la solicitud de pago implica el *rechazo* de su solicitud de decisión de cobertura.)

¿Qué sucede si solicita el pago y nosotros le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Presentar una apelación significa pedirnos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la parte 5.3 de esta sección**. Consulte esta parte para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

* Si realiza una apelación para un reembolso, debemos darle una respuesta en los siguientes 60 días de calendario después de recibir su apelación. (Si solicita el reembolso del pago por la atención médica que ya recibió y pago usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.)
* Si la Organización Revisora Independiente cambia la decisión de negar el pago, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en los siguientes 30 días de calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en los siguientes 60 días de calendario.

### SECCIÓN 6 Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

*[MA-only plans: omit Section 6, re-number remaining sections in Chapter 9, and change cross-references to section numbers.]*

question markquestion mark. ¿Leyó la Sección 4 de este capítulo? (¿*Guía de “lo básico” sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*?) Si no, es posible que desee leerla antes de comenzar esta sección.

#### Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento recetado de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D

Entre sus beneficios como miembro del plan se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de Medicamentos cubiertos (formulario)* de nuestro plan. Para que sea cubierto, el medicamento tiene que ser usado para una indicación médica aceptada. (Una “indicación aceptada médicamente” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertos libros de referencia. Vea el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas.)

* **Esta sección solo trata sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término “medicamento” en el resto de la sección, en lugar de repetir “medicamento cubierto recetado para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez que aparece.
* Para obtener más información sobre el significado de medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos cubiertos (formulario)*, las normas y restricciones en la cobertura y la información sobre los costos, vea el Capítulo 5 (*Utilización de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*)y el Capítulo 6(*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*)*.*

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una decisión inicial de cobertura acerca de sus medicamentos de la Parte D se conoce como **“determinación de cobertura.”** |

A continuación, presentamos algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos con relación a sus medicamentos de la Parte D:

* Nos solicita que realicemos una excepción, incluyendo:
  + La solicitud de cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de Medicamentos cubiertos* *(Formulario).*
  + La solicitud de anulación de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como limites en la cantidad de medicamento que puede recibir).
  + *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]*La solicitud de pago de una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto no preferido.
* Nos consulta si tiene cubierto un medicamento y si cumple con todas las normas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando el medicamento está entre la *Lista de Medicamentos cubiertos* *(formulario)* pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.)
  + *Por favor tenga en cuenta lo siguiente:* Si la farmacia le informa que no se puede presentar su receta tal como está escrita, usted recibirá un aviso por escrito que le explica como comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
* Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compro. Esta es una solicitud de decisión de cobertura sobre un pago.

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

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla que le ayuda a determinar qué parte contiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

| Si se encuentra en esta situación: | Esto es lo que puede hacer: |
| --- | --- |
| ¿Necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos? | Nos puede solicitar que realicemos una excepción. (Es un tipo de decisión de cobertura.)  Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo. |
| ¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como obtener aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita? | Puede solicitarnos una decisión de cobertura.  Avance a la **Sección 6.4** de este capítulo. |
| ¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó? | Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión de cobertura.)  Avance a la **Sección 6.4** de este capítulo. |
| ¿Ya le informaremos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted lo desea? | Puede presentar una apelación. (Significa que nos pide que lo reconsideremos.)  Avance a la **Sección 6.5** de este capítulo. |

#### Sección 6.2 ¿Que es una excepción?

Si un medicamento no se cubre de la forma en que usted desearía que fuera cubierto, puede solicitarnos que realicemos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De la misma forma que en otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de realizar una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que recete deberán explicar los motivos médicos por los cuales se necesita la aprobación de la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. A continuación hay [*insert as applicable:* dos *OR* tres] ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario).*** (Para abreviar le llamamos “Lista de Medicamentos”.)

| **Términos Legales** |
| --- |
| La solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en la lista de Medicamentos en ocasiones se conoce como solicitud de **“excepción al formulario.”** |

* Si aceptamos realizar una excepción y cubrimos un medicamento no incluido en la Lista de Medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido correspondiente a [*insert as appropriate:* todos los medicamentos *OR* medicamentos en *[insert exceptions tier] OR drugs in [insert exceptions tier] for brand name drugs or [insert exceptions tier] for generic drugs*]*.* No puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.

1. **Anulación de una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto**. Existen reglamentos o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* (para más información, vea el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

| **Términos Legales** |
| --- |
| La solicitud de anulación de una restricción de cobertura de un medicamento en ocasiones se conoce como solicitud de **“excepción al formulario.”** |

* Los reglamentos y restricciones adicionales de cobertura de determinados medicamentos incluyen:
  + *[Omit if plan does not use generic substitution]* El requisito de utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  + *[Omit if plan does not use prior authorization]* La obtención de la aprobación por anticipado del plan antes de que aceptemos cubrirle su medicamento. (Esto a veces se conoce como “autorización previa.”)
  + *[Omit if plan does not use step therapy]* El requisito de probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto a veces se conoce como “terapia en etapas.”)
  + *[Omit if plan does not use quantity limits]* Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad de medicamentos que puede recibir.
* Si aceptamos realizar una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o con-seguro que debe pagar por el medicamento.

**3.** *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this section.]* **Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos esta en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. Generalmente, mientras más bajo es el número del nivel costo compartido, menos deberá pagar como la parte del costo que le corresponde del medicamento.

| **Términos Legales** |
| --- |
| La solicitud de pago de un precio preferido menor por un medicamento cubierto no preferido en ocasiones se conoce como solicitud de una **“excepción de nivel.”** |

* Si su medicamento se encuentra en *[insert name of non-preferred/highest cost-sharing tier subject to the tiering exceptions process]* nos puede solicitar que lo cubramos a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos en [*insert name of preferred/lowest cost-sharing tier subject to the tiering exceptions process]*. Esto reduciría la parte del costo que le corresponde por el medicamento.
* *[Plans with more than one tier subject to the tiering exceptions process may repeat the bullet above for each tier.]*
* [*If the Plan designated one of its tiers as a “high-cost/unique drug tier” and is exempting that tier from the exceptions process, include the following language:* Usted no puede solicitarnos el cambio del nivel de costo compartido de ningún medicamento en *[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]*.]

#### Sección 6.3 Información importante que debe saber acerca de la solicitud de excepciones

Su médico debe avisarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que recete deben darnos una justificación que explique los motivos médicos por los cuales solicita una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica del médico o de otro profesional que recete al solicitar una excepción.

Generalmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se conocen como medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

* Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando el médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe resultando seguro y eficaz en el tratamiento de su enfermedad.
* Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 6.5 se indica como presentar una apelación en caso de que rechacemos su solicitud.

En la siguiente sección se indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

#### Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura en relación con los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

* **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar la solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura a través de nuestra página web. Para los detalles, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica y los medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos solicita el reembolso del pago de un medicamento, vea la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary]* *Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o un medicamento recibido.*
* **Usted o su médico, o alguien que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica como otorgar un permiso por escrito a una persona para que actúe como su representante. También puede tener un abogado que actúe en su nombre.
* **Si desea solicitarnos el reembolso del pago de un medicamento,** comience por el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede ser necesario solicitar un reembolso. Además indica cómo enviarnos la documentación donde se nos solicite el reembolso de la parte del costo que nos corresponde de un medicamento que usted haya pagado.
* **Si solicita una excepción, presente la “justificación del medico.”** Su médico u otro profesional que receta debe proporcionar los motives médicos de la excepción de medicamentos que está solicitando. (Esto se conoce como “justificacióndel medico.”) Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos por fax o correo la justificación. O bien, el médico u otro profesional que receta puede informarnos por vía telefónica y, si fuera necesario, posteriormente enviar por fax o correo la justificación firmada. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.
* **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo una solicitud entregada por medio del Formulario del Pedido de Determinación de Cobertura Modelo CMS [*insert if applicable:* o en el formulario de nuestro plan], el cual [*insert if applicable:* está *OR* están] disponible en nuestra página web.
* *[Plans that allow enrollees to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida sobre cobertura”

| **Términos Legales** |
| --- |
| A la “decisión de cobertura rápida se le conoce como **“determinación de cobertura acelerada.”** |

* Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos aceptado emplear los plazos “rápidos”. Una decisión estándar implica que la respuesta será informada en las siguientes 72 horas después de haber recibido la justificación del médico. Una decisión rápida significa que responderemos en las siguientes 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
* **Para recibir una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
  + Puede recibir una decisión rápida *solo* si solicita *un medicamento que aun no recibió*. (No puede recibir una decisión rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró.)
  + Puede obtener una decisión rápida sobre cobertura *solo* si el uso de plazo estándar podría *ocasionar daños graves en su salud o perjudicar su capacidad física.*
* **Si su médico u otro profesional que recete nos informa que su salud requiere “una decisión rápida de cobertura” automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión** **de cobertura rápida.**
* Si solicita una decisión rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta), decidiremos si su salud requiere una decisión rápida de nuestra parte.
  + Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole (y, en su lugar, emplearemos los plazos estándar).
  + Esta carta le informara que si su médico o el profesional que receta solicita la decisión rápida, automáticamente le proporcionaremos una decisión de cobertura rápida.
  + Esta carta también le indicará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida solicitada por usted. Éste le proporcionará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un juez. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, vea la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud y le proporcionaremos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

* Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes** 24 horas.
  + Generalmente, esto significa en las siguientes 24 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le proporcionaremos nuestra respuesta en las siguientes 24 horas después de recibir la justificación del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  + Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisara una organización externa independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos que ocurre en el Nivel de Apelación 2.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proporcionarle la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la justificación del médico que respalde su solicitud.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde le explicamos por que nos negamos. Nosotros también le diremos como someter una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” acerca de un medicamento que aun no recibió

* Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas**.
  + Generalmente, esto significa en las siguientes 72 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le proporcionaremos nuestra respuesta en las siguientes 72 horas después de recibir la justificación del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  + Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisara una organización externa independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos que ocurre en el Nivel de Apelación 2.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total –** 
  + Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura** acordada **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la justificación del médico que respalde su solicitud.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde le explicamos por que nos negamos. Nosotros también le diremos cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” acerca de un pago por un medicamento que ya compró

* Debemos darle una respuesta **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  + Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisara una organización externa independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos que ocurre en el Nivel de Apelación 2.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, también debemos efectuar el pago en los siguientes 14 días de calendario después de recibir su solicitud.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde le explicamos por que nos negamos. Nosotros también le diremos cómo presentar una apelación.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

* Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar una apelación. La solicitud de una apelación significa solicitarnos que reconsideremos – y posiblemente cambiemos – nuestra decisión ya tomada.

#### Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una apelación al plan en relación con la cobertura de un medicamento de la Parte D también se conoce como **“redeterminación”** del plan. |

Paso 1: Comuníquese con nosotros y realice su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta acelerada, deberá solicitar una “apelación acelerada.”

Qué hacer

* **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, medico u otro profesional que recete) debe comunicarse con nosotros.**
  + Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o en nuestra página web, por cualquier motive relacionado con su apelación, vea el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary] Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D.*
* **Si solicita una apelación estándar, envié la solicitud por escrito.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación llamando a nuestro número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1 *[plans may edit section title as necessary]* (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D.*).]
* **Si solicita una apelación rápida, hágala por escrito o llámenos al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1** *[plans may edit section title as necessary]* (Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D).
* **Nosotros tenemos que aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo una solicitud sometido en la Forma de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS, que está disponible en nuestra página web.
* *[Plans that allow enrollees to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* **Debe presentar su solicitud de apelación en los siguientes 60 días calendario** desde la fecha en que enviamos el aviso escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y tiene un buen motive para que se haya vencido, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos para el vencimiento del plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
* **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.**
  + Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envió de esta información.]
  + Si lo desea, usted y su médico o profesional que receta pueden darnos información adicional que respalde su apelación.

Si su estado de salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”

| **Términos Legales** |
| --- |
| A una “apelación rápida” también se le conoce como **“predeterminación acelerada”.** |

* Si está apelando una decisión que tomamos en relación con un medicamento que aun no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una “apelación rápida.”
* Los requisitos para una “apelación rápida” son los mismos que para una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le proporcionamos nuestra respuesta.

* Cuando nosotros estamos revisando su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos todos los reglamentos cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

* Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  + Si no damos una respuesta en las siguientes 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisara una Organización Revisora Independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionarle en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde le explicamos el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

* Si utilizamos plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si no ha recibido el medicamento y su salud requiere que se lo proporcionemos. Si considera que su estado de salud así lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
  + Si no proporcionamos una decisión en los siguientes 7 días de calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisara una Organización Revisora Independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total –** 
  + Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada con la rapidez que su salud requiera, **antes de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
  + Si aprobamos su solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compro, debemos **enviarle el pago en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una declaración por escrito donde se explicara el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

* Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa mediante la presentación de otra apelación.
* Si decide realizar otra apelación, esto significa que su apelación pasara al Nivel 2 del proceso de apelación (ver a continuación).

#### Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa mediante la presentación de otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora Independiente** revisará la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es **“Entidad Revisora Independiente.”**  A veces también se le conoce como **“IRE”** (por su sigla en inglés). |

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante o su médico u otro profesional que receta) deben comunicarse con la Organización Revisora Independiente y solicitar una revisión de su caso.

* Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** en la Organización Revisora Independiente. Estas instrucciones le indicaran quién puede realizar esta Apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo ponerse en contacto con la organización revisora.
* Al presentar una apelación con la Organización Revisora Independiente, enviaremos la información que poseamos sobre su apelación a esta organización . Esta información se conoce como “expediente del caso.” **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso**. [*If a fee is charged, insert:* Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envió de esta información.]
* Tiene derecho a proporcionar a la Organización Revisora Independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: La Organización Revisora Independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

* **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.**  La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Es una empresa seleccionada por Medicare para revisar nuestras decisiones relacionadas con sus beneficios de la Parte D con nosotros.
* Los revisores de la Organización Revisora Independiente revisaran detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

Plazos para una apelación “rápida” en el Nivel 2

* Si su estado de salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Organización Revisora Independiente.
* Si la organización revisora acepta otorgarle una “apelación rápida” la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en **las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
* **Si la Organización Revisora Independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total,** debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobado por la organización revisora **en las siguientes 24 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.

Plazos para una apelación “estándar” en el Nivel 2

* Si usted tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación.
* **Si la Organización Revisora Independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total –** 
  + Si la Organización Revisora Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización revisora **en las siguientes 72 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.
  + Si la Organización Revisora Independiente aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago a usted en los siguientes 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se conoce como “mantener la decisión”. También se le conoce como “rechazo de su apelación”).

Si la organización de revisión independiente “mantiene la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento solicitada es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización Revisora Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en discusión para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura solicitada cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
* Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación. Si decide realizar una tercera apelación, los detalles sobre cómo solicitarla se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
* La Apelación de Nivel 3 es evaluada por un juez de derecho administrativo. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

### SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo

*[MA-only plans: Renumber sections 7 through 10 and update cross references as needed.]*

Cuando lo admiten en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que necesite para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención en el hospital, incluidas las limitaciones de la cobertura, vea el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*

Durante la estadía cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán junto a usted para prepararse para el día que le den de alta del hospital. Además, le ayudarán a organizar la atención que pudiera necesitar después de salir del hospital.

* El día que sale del hospital se conoce como la “**fecha de alta**”.
* Cuando se haya decidido su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo informarán.
* Si usted considera que le están dando de alta antes de tiempo, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada y se considerará su solicitud. En esta sección se le informa cómo solicitarla.

#### Sección 7.1 Durante la estadía en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informara sus derechos

Durante la estadía cubierta en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un Mensaje Importante de Medicare acerca de sus Derechos.* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso al ser admitidas en un hospital. Alguna persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero) le dará el aviso en los siguientes dos días después de ser admitido. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**1.** **Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo entiende.** El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluyendo:

* Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la estadía en el hospital, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
* Su derecho a participar en las decisiones relacionadas con su internación y a conocer quién la pagará.
* Dónde reportar sus preocupaciones sobre la calidad de atención en el hospital.
* Su derecho a apelar la decisión de darle de alta si considera que le están dando de alta del hospital antes de tiempo.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”.** La solicitud de una revisión inmediata constituye una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta de modo que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. ([*Insert as applicable:* Sección 6.2 *OR* Sección 7.2] a continuación le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata.) |

**2.** **Usted debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende cuáles son sus derechos.**

* Usted o alguien que esté actuando en su nombre debe firmar la notificación. (En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
* La firma del aviso demuestra *sólo* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no incluye la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta). La firma del aviso ***no* implica** que usted acepta una fecha de alta.

3. **Conserve su copia** del aviso firmado para tener la información sobre como presentar una apelación (o expresar una inquietud acerca de la calidad de la atención) a mano en caso de necesitarla.

* Si firma el aviso más de dos días antes del alta del hospital, se le entregará otra copia antes de que se programe el alta.
* Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

#### Sección 7.2 Paso a paso: Estos son los pasos del Nivel 1 del proceso de apelación:

Si desea solicitarnos que los servicios hospitalarios sean cubiertos durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda que debe hacer y cuáles son los plazos.

* **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación se explica a continuación.
* **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos correspondientes a lo que deba hacer.
* **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación.** Verifica si la fecha de alta programada es adecuada para usted por razones médicas.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

* Esta organización es un grupo de médico y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización es pagada por Medicare para monitorear y ayudar a mejorar la calidad de los cuidados para las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

* El aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este manual.)

Debe actuar con rapidez:

* Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad *antes* de salir del hospital y  **antes de la fecha de alta programada.** (La “fecha de alta programada” es la fecha en que se determino que debe salir del hospital.)
  + Si cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin tener que pagar*, mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
  + Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, es posible que *deba pagar todos los costos* de atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.
* Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad por su apelación, puede realizar dicha apelación directamente con nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de hacer su apelación, vea [*insert as applicable:* Sección 6.4 *OR* Sección 7.4]:

Solicite una “revisión rápida”:

* Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad una **“revisión rápida”** de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándar.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “**revisión rápida**” también se conoce como “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**.” |

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

* Profesionales del cuidado de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
* Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros le hayamos proporcionado.
* Para el mediodía del día después de que los revisores hayan informado a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito donde se le proporcionará su fecha de alta programada y se explicarán los motivos por los cuales el médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (adecuado por razones médicas) que sea dado de alta en esa fecha.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Esta explicación por escrito se conoce como “**Aviso Detallado de Alta”.** Para obtener una muestra de este aviso, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede obtener una muestra del aviso en línea en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/> |

Paso 3: Durante el día posterior a obtener toda la información necesaria, la Organización para el Mantenimiento de Calidad le comunicará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

* Si la organización revisora proporciona una respuesta *acepta* su apelación, **debemos continuar proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que resulten necesarios por razones médicas.**
* Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si estos aplican). Además, es posible que existan limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

* Si la organización revisora *rechaza* su apelación, significa que la fecha de alta programada es adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios finalizará** la tarde del día *posterior* a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad responda a su apelación.
* Si la organización revisora *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención recibida en el hospital después de la tarde del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

* Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede realizar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

#### Sección 7.3 Paso a paso: Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede realizar una Apelación de Nivel 2. Durante la Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise de nuevo la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha planificada de su alta.

Aquí están los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Vuelve a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicita otra revisión.

* Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión sólo si permaneció en el hospital después de la fecha de terminación de la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de Calidad volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los siguientes 14 días calendario al recibo de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.

Si la organización revisora proporciona una respuesta positiva:

* **Debemos reembolsarle** la parte del costo que nos corresponde por la atención hospitalaria recibida a partir de la tarde del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó la primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura****para su atención hospitalaria** **durante el tiempo que sea necesaria por razones médicas.**
* Debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde y se pueden aplicar limitaciones en la cobertura.

Si la organización revisora proporciona una respuesta negativa:

* Significa que está de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se conoce como “mantener la decisión”.
* La notificación que recibirá le informara por escrito que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionara los detalles de cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización revisora rechaza su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y realizar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
* [*Insert as applicable:* La Sección 8 *O* Sección 9] en este capítulo le da más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

#### Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?

Usted puede apelar a nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente en la [*insert as applicable:* Sección 6.2 *OR* Sección 7.2], debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación del alta del hospital. (“Con rapidez” significa antes de salir el hospital y de la fecha de alta programada). Si se vence el plazo para contactar a esta organización, existe otra forma de hacer su apelación.

Si usted utiliza esta otra forma de hacer la apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a Paso: Cómo realizar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para contactar con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, usted puede apelar a nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “**apelación acelerada”.** |

Paso 1: Contáctenos y solicite una “revisión rápida”.

* Para detalles sobre cómo contactarnos, vea el Capítulo 2, Sección 1.2 y busque la sección llamada, *Cómo contactarnos cuando usted está realizando una apelación sobre su atención médica.*
* **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida**”. Esto significa que nos está solicitando que le proporcionemos una respuesta con los plazos “rápidos” en vez de los plazos “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la fecha de alta programada, para comprobar si el alta era correcta por razones médicas.

* Durante esta revisión, chequeamos toda la información relacionada con su estadía en el hospital. Comprobamos que la fecha de alta programada haya sido adecuada por razones médicas. Verificaremos que la decisión sobre cuándo debía salir el hospital haya sido justa y se hayan cumplido todas las normas.
* En esta situación, utilizaremos los plazos “rápidos” en vez de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

* **Si respondemos “sí” a su apelación acelerada,** esto significa que estamos de acuerdo con que usted necesita los servicios por más tiempo, y seguiremos facilitando sus servicios cubiertos mientras sean necesarios por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte del costo que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en que determinamos que debía terminar su cobertura. (Usted debe pagar la parte del costo que le corresponde y es posible que apliquen limitaciones de cobertura.)
* **Si le damos una respuesta negativa a su apelación rápida,** significa que la fecha de alta programada era correcta por razones médicas. Nuestra cobertura de servicios hospitalarios termina a partir del día en que determinamos que finalizaba la cobertura.
  + Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta programada, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.

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

* Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización Revisora Independiente.”** Al hacer esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a Paso: Proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización Revisora Independiente revisa la decisión a la que llegamos de rechazar su “apelación rápida.” Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es **“Entidad Revisora Independiente.”**  A veces también se le conoce como **“IRE”** (por su sigla en inglés). |

Paso 1: Nosotros automáticamente reenviaremos su caso a la Organización Revisora Independiente.

* Estamos obligados a mandar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización Revisora Independiente en las siguientes 24 horas a partir de cuándo le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no cumplimos con este u otros plazos, usted puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. [*Insert as applicable:* La Sección 9 *O* Sección 10] de este capítulo le explica como presentar una queja.)

Paso 2: La Organización Revisora Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en las siguientes 72 horas.

* **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización Revisora Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Revisores en la Organización Revisora Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación de alta del hospital.
* **Si esta organización responde *sí* a su apelación,** deberemos reembolsarle (devolverle dinero) por nuestra porción de los costos compartidos por los cuidados que haya recibido desde la fecha en que indicamos terminaría su cobertura. También debemos continuar proporcionando la cobertura de atención mientras sea necesario por razones médicas. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de la cobertura, estas podrían limitar la cantidad que debamos reembolsarle o el tiempo durante el cual tenemos que continuar la cobertura de sus servicios.
* **Si esta organización *rechaza* su apelación**, esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada por nuestro plan en relación con su primera apelación y no la cambiarán.
  + La notificación que recibirá de la Organización Revisora Independiente le informará por escrito que puede usted hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le dará los detalles de cómo continuar a una Apelación de Nivel 3, de la cual se encarga un juez.

Paso 3: Si la Organización Revisora Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta la decisión o continúa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
* [*Insert as applicable:* La Sección 8 *O* Sección 9] en este capítulo le da más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

### SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura está finalizando demasiado temprano

#### Sección 8.1 Esta sección trata solamente de tres servicios: Cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un establecimiento de enfermería y en un Centro de Rehabilitación Completa (CORF)

Esta sección trata *solamente* sobre los siguientes tipos de atención:

* **Servicios de cuidado de la salud en el hogar** que usted esté recibiendo.
* **Cuidado en un Establecimiento de Enfermería** que usted esté recibiendo como paciente en un establecimiento de enfermería. (Para saber los requisitos necesarios para ser considerado como “establecimiento de enfermería”, vea [*insert as applicable:* Capítulo 10 *OR* Capítulo 12], *Definiciones de palabras importantes*)
* **Cuidado de rehabilitación** que usted esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF) aprobado por Medicare. Usualmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación mayor. (Para más información sobre este tipo de centro, vea [*insert as applicable:* Capítulo 10 *OR* Capítulo 12], *Definiciones de palabras importantes*)

Cuando usted está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene el derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que se necesite esa atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para más información sobre sus servicios cubiertos, incluyendo la parte del costo que le corresponde y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicar, vea el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*

Cuando decidimos que es el momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención, tenemos la obligación de informárselo con anticipación. Cuando su cobertura para esa atención termine, *dejaremos de pagar la parte del costo que nos corresponde por la atención*

Si usted considera que terminamos la cobertura de su atención antes de tiempo, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa como pedir una apelación.

#### Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo su cobertura va a terminar

**1.** **Usted recibe una notificación por escrito.** Al menos dos días antes que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.

* La notificación escrita le informa la fecha en la que terminara la cobertura de su atención.
* La notificación escrita también le indicara que puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie su decisión acerca de cuándo terminar la cobertura de su atención, y a mantener la cobertura durante un tiempo más largo.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Al informarle que puede hacer, la notificación escrita le está indicando como puede solicitar una “**apelación por la vía rápida.”** La solicitud de una apelación por vía rápida constituye una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura en el momento de terminar su atención. ([*Insert as applicable:* Sección 7.3 *OR* Sección 8.3] a continuación se indica cómo puede solicitar una apelación por la vía rápida.) |
| La notificación escrita se conoce como **“Aviso de no cobertura de Medicare.”** Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede ver una copia en línea en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/> |

**2.** **Usted debe firmar la notificación escrita para demostrar que la recibió.**

* Usted o alguien que esté actuando en su nombre debe firmar la notificación. (La Sección 4 le explica como otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.)
* Firmar la notificación demuestra *solo* que usted recibió la información sobre cuando se terminara su cobertura. **Firmarlo no implica que este usted de acuerdo** con el plan de que es el momento de terminar la atención.

#### Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cobra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un tiempo más largo, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda que debe hacer y cuáles son los plazos.

* **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación se explica a continuación.
* **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir los plazos que se aplican a lo que debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe respetar. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, usted puede presentar una queja. [*Insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo se indica como presentar una queja.)
* **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación y decide si se debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.**

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: contacte con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

* Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos chequean la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan en cuanto al momento que se termina la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

* La notificación escrita que usted recibe le indica como comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este manual.)

¿Qué debo solicitar?

* Solicite que esta organización haga una “apelación rápida” (hacer una revisión independiente) de si es correcto por razones médicas que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

* Usted debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su apelación *no más tarde que el mediodía del día que recibe la notificación escrita que le informa que se termina la cobertura de su atención.*
* Si pierde el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad por su apelación, puede hacer la apelación con nosotros directamente. Para obtener detalles sobre esta otra forma de hacer su apelación, vea [*insert as applicable:* Sección 7.5 *OR* Sección 8.5]:

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

* Profesionales del cuidado de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
* La organización revisora también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les haya entregado.
* Al final del día, los revisores nos informarán de su apelación, usted también recibirá una notificación escrita en la cual le informamos nuestras razones detalladamente de la terminación de la cobertura de sus servicios.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Esta explicación por escrito se llama “**Explicación Detallada de No Cobertura.”** |

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información necesaria, los revisores le informarán a usted su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

* Si los revisores *aceptan* su apelación, **nosotros debemos continuar proporcionándole los servicios cubiertos durante el tiempo que seas necesarios por razones médicas**.
* Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si estos aplican). Adicionalmente, pueden haber limitaciones en los servicios cubiertos (vea el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

* Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura terminará en el día en que le habíamos informado**. Detendremos el pago de nuestra parte de los costos que nos corresponde de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
* Si usted decide continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar o cuidado en un establecimiento de enfermería o Cuidado en un Centro de Rehabilitación Completa (CORF) *después* de la fecha de finalización de su cobertura, entonces **y usted deberá pagara el costo total** por esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

* Esta primera apelación que realiza es el “Nivel 1” del proceso de apelación. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1 – y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura haya terminado – entonces usted puede presentar otra apelación.
* Presentar otra apelación significa que usted pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

#### Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cobra su atención durante un período más largo

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de que su cobertura haya terminado, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante la Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise de nuevo la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar o cuidado en un establecimiento de enfermería o Cuidado en un Centro de Rehabilitación Completa (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura.

Aquí están los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Vuelve a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicita otra revisión.

* Usted debe solicitar esta revisión en los **siguientes 60 días** después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Solamente puede solicitar esta revisión si continúo recibiendo atención después de la fecha que terminó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de Calidad volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los siguientes 14 días al recibo de su solicitud de apelación, los revisores decidirán su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización revisora acepta su apelación?

* Nosotros **debemos reembolsarle** por nuestra parte del costo de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Nosotros debemos continuar proporcionando cobertura** por su atención durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.
* Usted debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde y es posible que existan ciertas limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización revisora lo rechaza?

* Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos en su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
* La notificación que recibirá le informara por escrito que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionara los detalles de cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted tendrá que decidir si quiere continuar con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede decidir si acepta esa decisión o continúa al Nivel 3 y realiza otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
* [*Insert as applicable:* La Sección 8 *O* Sección 9] en este capítulo le da más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

#### Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?

Usted puede apelar a nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente en la [*insert as applicable:* Sección 7.3 *O* Sección 8.3], usted debe actuar con rapidez para contactar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su primera apelación (en uno o dos días, como máximo). Si se vence el plazo para contactar a esta organización, existe otra forma de hacer su apelación. Si usted utiliza esta otra forma de hacer la apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a Paso: Cómo realizar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para contactar con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, usted puede apelar a nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Aquí están los pasos para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “**apelación acelerada”.** |

Paso 1: Contáctenos y solicite una “revisión rápida”.

* Para detalles sobre cómo contactarnos, vea el Capítulo 2, Sección 1.2 y busque la sección llamada, *Cómo contactarnos cuando usted está realizando una apelación sobre su atención médica.*
* **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida**”. Esto significa que nos está solicitando que le proporcionemos una respuesta con los plazos “rápidos” en vez de los plazos “estándar”.

Paso 2: Nosotros realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuando terminar la cobertura de sus servicios.

* Durante esta revisión, repasamos nuevamente toda la información de su caso. Nosotros comprobamos si seguimos todas las normas al determinar la fecha cuando termino la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
* Nosotros utilizaremos los plazos “rápidos” en vez de los plazos estándar para darle una respuesta de esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

* **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesitas los servicios durante más tiempo y continuaremos proporcionándole la cobertura de sus servicios mientras sea necesario por razones medicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte del costo que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en que determinamos que debía terminar su cobertura. (Usted debe pagar la parte del costo que le corresponde y es posible que apliquen limitaciones de cobertura.)
* **Si rechazamos su apelación rápida,** entonces su cobertura terminará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
* Si usted continua recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar o cuidado en un establecimiento de enfermería o Cuidado en un Centro de Rehabilitación Completa (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso *automáticamente* pasara al siguiente nivel del proceso de apelación.

* Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización Revisora Independiente.”** Al hacer esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a Paso: Proceso de Apelación *Alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es **“Entidad Revisora Independiente.”**  A veces también se le conoce como **“IRE”** (por su sigla en inglés). |

Paso 1: Nosotros automáticamente reenviaremos su caso a la Organización Revisora Independiente.

* Estamos obligados a mandar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización Revisora Independiente en las siguientes 24 horas a partir de cuándo le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no cumplimos con este u otros plazos, usted puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. [*Insert as applicable:* La Sección 9 *O* Sección 10] de este capítulo le explica como presentar una queja.)

Paso 2: La Organización Revisora Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en las siguientes 72 horas.

* **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.**  Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización Revisora Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Los revisores de la Organización Revisora Independiente revisaran detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
* **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces demos reembolsarle (devolverle el pago) de nuestra parte del costo de la atención que usted recibió a partir de la fecha en que determinamos que debía terminar su cobertura. También debemos continuar proporcionando la cobertura de atención mientras sea necesario por razones médicas. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de la cobertura, estas podrían limitar la cantidad que debamos reembolsarle o el tiempo durante el cual tenemos que continuar la cobertura de sus servicios.
* **Si esta organización *rechaza* su apelación,** esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada por nuestro plan en relación con su primera apelación y no la cambiarán.
  + La notificación que recibirá de la Organización Revisora Independiente le informará por escrito que puede usted hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le dará los detalles de cómo continuar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización Revisora Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esta decisión o si continúa al Nivel 3 y realiza otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
* [*Insert as applicable:* La Sección 8 *O* Sección 9] en este capítulo le da más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

### SECCIÓN 9 Cómo presentar su apelación en el Nivel 3 y los niveles superiores

#### Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4, and 5 para Apelaciones de Servicios Médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si usted ha hecho una Apelación de Nivel 1 y 2, y las dos apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que usted ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, puede usted continuar a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor al mínimo, usted no podrá hacer más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficiente alto, la respuesta por escrita que usted recibió en el Nivel 2 de su apelación, le explicara a quien contactar y qué hacer para una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Aquí se detalla quien está a cargo de la apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3** **Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisara su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le conoce como “Juez de derecho administrativo.”

* **Si el Juez de Derecho Administrativo acepta su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* terminar** – Nosotros decidiremos si se debe apelar esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización Revisora Independiente), nosotros tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que es favorable para usted.
  + Si nosotros decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle a usted el servicio entre los siguientes 60 días después de recibir la decisión del juez.
  + Si decidimos apelar la decisión, nosotros le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos que sean necesarios. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionarle el servicio en cuestión.
* **Si el Juez de Derecho Administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
  + Si usted no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, la notificación que usted recibirá le explicara que tiene que hacer si desea continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de Apelaciones** revisará su apelación y le comunicará la respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

* **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo de Apelaciones rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado** – Nosotros decidiremos si debemos apelar la decisión al Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización Revisora Independiente), nosotros tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que es favorable para usted.
  + Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio entre los siguientes 60 días del calendario después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones.
  + Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
* **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
  + Si usted no desea aceptar la decisión, es posible que usted pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación, la notificación que usted recibirá le explicara si las normas le permiten seguir a la Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, la notificación escrita también le informara a quien debe contactar y qué hacer si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez de la  **Corte del Distrito Federal** revisará su apelación.

* Este es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

#### Sección 9.2 Niveles de Apelación 3,4 y 5 para las Apelaciones de los medicamentos de la Parte D

*[MA-only plans: delete this section.]*

Esta sección puede ser adecuada para usted si usted ha hecho una Apelación de Nivel 1 y 2, y las dos apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted está apelando cumple una cierta cantidad de dólares, puede usted continuar a los niveles adicionales del proceso de apelación. Si la cantidad en dólares es menos, no podrá usted seguir con las apelaciones. La notificación escrita que usted recibirá acerca de la respuesta de su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Aquí se detalla quien está a cargo de la apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3** **Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisara su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le conoce como “Juez de derecho administrativo.”

* **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones ha terminado.** Lo que usted solicito en la apelación ha sido aprobado. Nosotros estamos obligados a **autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento** que fue aprobado por el juez de derecho administrativo  **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después que hayamos recibido la decisión.
* **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado**.
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
  + Si usted no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, la notificación que usted recibirá le explicara que tiene que hacer si desea continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de Apelaciones** revisará su apelación y le comunicará la respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

* **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones ha terminado.** Lo que usted solicito en la apelación ha sido aprobado. Nosotros debemos **autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento**  que fue aprobado por el Consejo de Apelaciones **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
* **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado**.
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
  + Si usted no desea aceptar la decisión, es posible que usted pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar su apelación, la notificación que usted recibirá le informara si las normas le permiten a usted continuar al Nivel 5 de Apelación. Si las normas le permiten continuar, la notificación escrita también le informara a quien debe contactar y qué hacer si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez de la  **Corte del Distrito Federal** revisará su apelación.

* Este es el último paso del proceso de apelación.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

### SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, tiempo de espera, el servicio al cliente y otras cuestiones

question markquestion mark. Si su problema está relacionado con las decisiones sobre beneficios, cobertura o pagos, entonces esta sección *no es para usted*. Usted necesita llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Consulte la sección 4 de este capítulo.

#### Sección 10.1 ¿Que tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. La queja es el proceso usado *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempo de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Aquí se dan ejemplos de los tipos de problemas que se atienden en el proceso de quejas.

Si tiene alguno de este tipo de problemas, usted puede “presentar una queja”

| Queja | Ejemplo |
| --- | --- |
| **Calidad de su atención médica** | * ¿No está conforme con la calidad de la atención médica que recibe (incluyendo la atención en el hospital)? |
| **Respeto de su privacidad** | * ¿Cree usted que alguien no respeto su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera debe ser confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas** | * ¿Alguien fue descortés o le falto el respeto? * ¿Está descontento con el trato que recibió de nuestro Servicios para Miembros? * ¿Siente usted que lo incentivan para que abandone el plan? |
| **Tiempos de Espera** | * ¿Tiene usted problemas para obtener una cita o tiene que esperar demasiado para obtenerla? * ¿Ha tenido que esperar a médicos durante mucho tiempo, [*Part D plans insert:* farmaceutas,] o otros profesionales del cuidado de la salud? ¿O de Servicios para Miembros u otro personal del plan?   + Ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, [*Part D plans insert:* cuando recibe una receta,] o en la sala de exámenes. |
| **Limpieza** | * ¿Esta usted descontento con la limpieza o el estado de una clínica, hospital, o consultorio del médico? |
| **Información que recibe de nosotros** | * ¿Cree usted que no ha recibido una notificación que debemos proporcionarle? * ¿Cree usted que la información por escrito que le proporcionamos es difícil de entender? |
| **Puntualidad**  (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y apelaciones) | El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones se explica en las secciones 4-[*insert as applicable:* 8 *O* 9] de este capítulo. Si usted está solicitando una decisión o presenta una apelación, usted debe utilizar ese proceso, no el proceso de quejas.  Sin embargo, si usted ya nos solicito una decisión de cobertura o presenta una apelación, y usted considera que no le estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja acerca de nuestra lentitud. Aquí están algunos ejemplos:   * Si usted nos solicito que le demos una “respuesta rápida de cobertura” o una “apelación rápida,” y lo rechazamos, usted puede presentar una queja. * Si usted considera que no estamos cumpliendo con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que usted ha realizado, puede presentar una queja. * Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos darle la cobertura o reembolsarle por determinados servicios médicos [*Part D plans insert:* o medicamentos], existen plazos que aplican. Si usted considera que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. * Cuando no le proporcionamos una decisión a tiempo, estamos obligados a reenviar su caso a la Organización Revisora Independiente. |

#### Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”

| **Términos Legales** |
| --- |
| * Lo que esta sección llama **“queja”** también se conoce como **“queja formal”**. * Otro nombre para **“realizar una queja”** es **“presentar una queja formal.”** * Otra forma de decir “**utilizando el proceso para quejas”** es “**utilizando el proceso para la presentación de una queja formal.”** |

#### Sección 10.3 Paso a paso: Presentando una queja

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

* **Usualmente, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo informará. *[Insert phone number, TTY, and days and hours of operation.]*
* **Si no desea llamar por teléfono (o llamo y no quedo satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si usted nos envía su queja por escrito, nosotros responderemos a su queja por escrito.
* *[Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]*
* **Ya sea que llame o escriba, usted debe contactar a Servicios para Miembros de inmediato.** La queja debe ser hecha en los siguientes 60 días calendarios después que ocurrió el problema por el cual realiza la queja.
* **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una “respuesta rápida de cobertura” o “apelación rápida,’ automáticamente le daremos una “queja rápida.”** Si usted tiene una queja “rápida”, esto significa que le daremos una respuesta en las siguientes 24 horas.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Lo que esta sección llama una **“queja rápida”** también se conoce como **“queja formal acelerada.”** |

Paso 2: Revisamos su queja y le damos una respuesta.

* **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que le respondamos rápidamente, lo haremos.
* **La mayoría de quejas se responden en 30 días calendarios.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendarios más (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos extendernos, le avisaremos por escrito.
* **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma parcial o total o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual usted presenta la queja, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestros motivos por la respuesta. Nosotros debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

#### Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad

Usted puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que recibió de nuestra parte por medio del proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es acerca de la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

* **Usted puede realizar su queja a la Organización para el Mejoramiento de Calidad**. Si usted lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención recibida directamente a esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
  + La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.
  + Para encontrar el nombre, dirección, y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4 de este manual. Puede ir a cualquier médico, hospital, u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare.
* **O puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo**. Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención a nosotros y también a la Organización para el Mejoramiento de Calidad.

#### Sección 10.5 También le puede informar a Medicare acerca de su queja

Usted puede presentar una queja acerca de *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite el sitio Web www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare considera sus quejas seriamente y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o preocupación, o si usted siente que el plan no está solucionando su problema, por favor llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10

Terminar su membresía en el plan

## Capítulo 10. Terminar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 253

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en terminar su membresía en nuestro plan 253

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan? 253

Sección 2.1 Usted puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual 253

Sección 2.2 Puede darse de baja durante el Período de Cancelación de Medicare de Ventaja Anual, pero sus opciones son más limitadas 255

Sección 2.3 En ciertas situaciones, usted puede terminar su membresía durante un Período Especial de Inscripción 256

Sección 2.4 ¿Dónde puedo obtener más información sobre cuando me puedo dar de baja mi membresía? 257

SECCIÓN 3 ¿Cómo da de baja su membresía de nuestro plan? 258

Sección 3.1 Usualmente, se le da de baja cuando usted se inscribe en otro plan 258

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía haya sido dada de baja, debe recibir los servicios médicos [*insert if applicable:* y medicamentos] a través de nuestro plan 260

Sección 4.1 Hasta que su membresía termine, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan 260

SECCIÓN 5 *[Insert 2017 plan name]* debe darle de baja a su membresía en el plan en ciertas situaciones 261

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos darle de baja a su membresía en el plan? 261

Sección 5.2 No podemospedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 262

Sección 5.3 Usted tiene el derecho a presentar una queja si le damos de baja a su membresía en nuestro plan 263

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en terminar su membresía en nuestro plan

Terminar su membresía en *[insert 2017 plan name]* puede ser **voluntariamente** (por su propia decisión) o **involuntariamente** (no por su propia decisión):

* Usted puede irse de nuestro planporque decidió que *desea*  irse.
  + Existen solamente determinadas épocas del año, o ciertas situaciones, cuando puede decidir voluntariamente cancelar su membresía en el plan. La Sección 2 le describe *cuándo* usted puede cancelar su membresía en el plan.
  + El proceso para terminar su membresía voluntariamente varía dependiendo de qué tipo de nueva cobertura está usted eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* terminar su membresía en cada situación.
* También existen situaciones limitadas en las que usted no elije irse, pero nos vemos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 describe las situaciones en que debemos cancelar su membresía.

Si se va de nuestro plan, usted debe continuar recibiendo su atención médica [*insert if applicable:* y medicamentos] a través de nuestro plan hasta que su membresía termine.

### SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan solamente durante determinados períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de irse del plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de cancelación de Medicare Advantage anual. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para cambiar de plan en otros momentos del año.

#### Sección 2.1 Usted puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede terminar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual (**también conocido como el “Período de Elección Coordinada Anual”). Este es el momento en que usted debería revisar su cobertura médica [*insert if appropriate:* y de medicamentos] y tomar una decisión sobre su cobertura para el año próximo.

* **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** El Periodo de Inscripción Anual es del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
* **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de Inscripción Anual?** Durante este tiempo, usted puede revisar su cobertura de salud y [*if applicable:* su cobertura de medicamentos recetados]. Puede elegir quedarse con su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de salud de Medicare (Usted puede elegir un plan que cobra medicamentos recetados o uno que no cobra medicamentos recetados.);
  + Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare;
  + *– o –* Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
    - *[MA-only plans omit]* **Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos recetados, al menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

*[MA-only plans omit]* **Nota:** Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura valida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.) Vea el Capítulo 6, Sección 10 para más información sobre la multa por inscripción tardía.

* **¿Que necesita hacer para cambiar de plan?**

[*MA-PD plans insert bullets below:*

* + Si quiere cambiar a Medicare Original e inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare: Simplemente inscríbase al Nuevo plan. Se le dará de baja de nuestro plan y estará inscrito en Medicare Original cuando la cobertura de su nuevo plan de medicamentos recetados empiece.
  + Si usted tiene pensando cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados: Comuníquese con Servicios para Miembros para información de cómo darse de baja (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). También puede llamar al1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, para pedir darse de baja de nuestro plan. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

[MA-only plans insert bullets and text below:

* + Si quiere cambiar al Medicare Original: Es necesario que pida dares de baja de nuestro plan. Para más información de cómo pedir la baja comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están atrás de este manual). También puede llamar al1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, para pedir darse de baja de nuestro plan. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
  + Si está inscrito en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare:
    - Darse de baja de nuestro plan no afectara su inscripción en su plan de medicamentos recetados.
    - Si desea inscribirse en un nuevo plan de medicamentos recetados, debe pedir la inscripción al nuevo plan que haya elegido. Cambiarse de su plan de medicamentos recetados de Medicare, *no* le dará de baja automáticamente de nuestro plan.
  + Si usted no tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare con otro plan, puede inscribirse a otro plan de Medicare que no incluya cobertura de medicamentos o puede cambiarse al Medicare Original.]
* **¿Cuándo se terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience en el 1 de enero.

#### Sección 2.2 Puede darse de baja durante el Período de Cancelación de Medicare de Ventaja Anual, pero sus opciones son más limitadas

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de Cancelación de Medicare de Ventaja Anual.**

* **¿Cuándo es el Período de Cancelación de Medicare Advantage Anual?** Este ocurre todos los años desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero.
* **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de Cancelación de Medicare Advantage Anual?** Durante este período, puede cancelar su inscripción en el Plan Medicare Advantage y cambiarse al Medicare Original. [*MA-PD plans insert the following:* Si usted desea cambiarse al Medicare Original durante este período, tiene hasta el 14 de febrero para inscribirse a un plan separado de medicamentos recetados de Medicare para agregar la cobertura de medicamentos.] [*MA-only plans insert the following:* Si usted está inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, no puede cancelar esa cobertura cuando se cambia al Medicare Original.]
* **¿Cuándo se terminará su membresía?** Su membresía terminara el primer día del mes después de que recibimos su petición de cambiarse al Medicare Original. [*MA-PD plans insert the following:* Si usted decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos empezara en el primer día del mes después que el plan de medicamentos recibió su petición de inscripción.]

#### Sección 2.3 En ciertas situaciones, usted puede terminar su membresía durante un Período Especial de Inscripción

En ciertas situaciones, miembros de *[insert 2017 plan name]* pueden ser elegibles para darse de baja en otros momentos del año. Este se conoce como **Período Especial de Inscripción**.

* **¿Quién es elegible para el Período Especial de Inscripción?** Si alguna de las siguientes situaciones aplican a usted, puede darse de baja durante un Período Especial de Inscripción. Estos son solo algunos ejemplos, para una lista complete usted puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare, o visitar la página web de Medicare [http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)):
  + Usualmente, cuando se muda.
  + *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable]* Si tiene Medicaid.
  + Si usted es elegible para “Ayuda Adicional” para pagar los medicamentos recetados de Medicare.
  + Si violamos nuestro contrato con usted.
  + Si está recibiendo atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC).
  + [*Plans in* *states with PACE, insert:* Si se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).]
* **¿Cuándo son los Períodos Especiales de Inscripción?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
* **¿Qué puede usted hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período Especial de Inscripción, por favor llame al Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para darse de baja por una situación especial, puede elegir cambiar tanto la cobertura de salud de Medicare así como la cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de salud de Medicare (Usted puede elegir un plan que cobra medicamentos recetados o uno que no cobra medicamentos recetados.);
  + Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare;
  + *– o –* Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
    - *[MA-only plans omit]* **Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos recetados, al menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

*[MA-only plans omit]* **Nota:** Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura valida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.) Vea el Capítulo 6, Sección 10 para más información sobre la multa por inscripción tardía.

* **¿Cuándo se terminará su membresía?** Su membresía usualmente terminara el primer día del mes después que recibimos su petición de cambiar su plan.

#### Sección 2.4 ¿Dónde puedo obtener más información sobre cuando me puedo dar de baja mi membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede dar de baja su membresía:

* Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
* Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & Usted* *2017***.
  + Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Aquellos que son nuevos en Medicare la reciben en un plazo de un mes después de inscribirse.
  + También puede descargarse una copia de la pagina web de Medicare ([http://www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)). O, puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
* Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 3 ¿Cómo da de baja su membresía de nuestro plan?

#### Sección 3.1 Usualmente, se le da de baja cuando usted se inscribe en otro plan

Usualmente, para darse de baja de nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (vea la Sección 2 de este capítulo para más información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan al Medicare Original [*MA-PD plans insert:* *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare], debe solicitar la baja de nuestro plan. Existen dos maneras en que puede pedir la baja:

* Puede hacernos la solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información de cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la parte de atrás de este manual);
* *--o—*Puede llamar a Medicareal 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe dar de baja su membresía en nuestro plan.

| Si desea cambiar de nuestro plan a: | Debe hacer lo siguiente: |
| --- | --- |
| * Otro plan de salud de Medicare. | * Inscribirse en un nuevo plan de salud de Medicare.   Usted será automáticamente dado de baja de *[insert 2017 plan name]* cuando la cobertura de su nuevo plan comience. |
| * Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare. | * Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.   Usted será automáticamente dado de baja de *[insert 2017 plan name]* cuando la cobertura de su nuevo plan comience.   * [*MA-only plans replace bullet above with the following three bullets:* **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar.** Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la parte de atrás de este manual). **Después póngase en contacto con el plan de medicamentos recetados de Medicare al cual se quiere inscribir y pida la inscripción.** * También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y pida que se le dé de baja. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. * Se le dará de baja de *[insert 2017 plan name]* cuando su cobertura con Medicare Original comience. Si usted se inscribe a un plan de medicamentos recetados de Medicare, esa cobertura también debe comenzar al mismo tiempo.] |
| * Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.   + **Nota:** Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura valida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si después se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Vea el Capítulo 6, Sección 10 para más información sobre la multa por inscripción tardía. | * **Comuníquese con Servicios para Miembros y pida que se le dé de baja de nuestro plan (los números de teléfono están impresos atrás de este manual).** * También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y pida que se le dé de baja. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. * Se le dará de baja de *[insert 2017 plan name]* cuando su cobertura con Medicare Original comience. |

### SECCIÓN 4 Hasta que su membresía haya sido dada de baja, debe recibir los servicios médicos [*insert if applicable:* y medicamentos] a través de nuestro plan

#### Sección 4.1 Hasta que su membresía termine, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan

Si se sale de *[insert 2017 plan name]*, es posible que pase un tiempo hasta que le den la baja a su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Vea la Sección 2 para información de cuando su nueva cobertura comienza.) Durante este tiempo, debe continuar recibiendo su atención médica [*insert if applicable:* y medicamentos] a través de nuestro plan.

* **[*Insert if applicable:* Usted debe continuar utilizando nuestra red de farmacias para obtener sus recetas hasta que su membresía en nuestro plan termine.** Usualmente, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de nuestra red [*insert if applicable:* incluyendo nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.]]
* **Si usted está hospitalizado el día en que su membresía termina, su estadía en el hospital generalmente será cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si el alta es después del inicio de su nueva cobertura médica).

### SECCIÓN 5 *[Insert 2017 plan name]* debe darle de baja a su membresía en el plan en ciertas situaciones

#### Sección 5.1 ¿Cuándo debemos darle de baja a su membresía en el plan?

***[Insert 2017 plan name]* debe darle de baja a su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

* Si usted no permanece inscrito de forma continua en las Partes A y B de Medicare.
* Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
* Si usted está afuera de nuestra área de servicio por más de seis meses. *[Plans with visitor/traveler benefits should revise this bullet to indicate when members must be disenrolled from the plan*.*]*
  + Si se muda o realiza un viaje por largo tiempo, usted necesita llamar al Departamento de Servicio al Miembro para saber si el lugar al que se muda o viaja esta dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)
  + [*Full and partial network plans that offer a visitor/traveler benefit insert the following sentence:* Vea el Capítulo 4, Sección 2.3 para más información de cómo obtener atención cuando esta fuera de nuestra área de servicio mediante nuestro beneficio de visitante/viajero.]
  + [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert:* Si usted ha sido un miembro de nuestro plan continuamente desde antes de enero 1999 *y* usted estaba viviendo fuera de nuestra área de servicio antes de enero 1999, puede continuar con su membresía. Sin embargo, si se muda y su mudanza es a otro lugar que esta fuera de nuestra área de servicio, será dado de baja de nuestro plan.]
* Si es encarcelado (va a prisión).
* Si usted no es ciudadano de Estados Unidos o no está presente legalmente en los Estados Unidos
* Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga que proporciona cobertura de medicamentos recetados.
* *[Omit if not applicable]* Si nos da información incorrecta de forma intencional al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad a nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón al menos que obtengamos primero un permiso de Medicare.)
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si usted constantemente se comporta de una manera que es prejudicial y dificulta que le proporcionemos cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón al menos que obtengamos primero un permiso de Medicare.)
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si usted le permite a otra persona utilizar su tarjeta de membresía para obtener cuidado médico. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón al menos que obtengamos primero un permiso de Medicare.)
  + Si damos de baja a su membresía por esta razón, Medicare puede decidir investigar su caso por un Inspector General.
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable. Plans with different disenrollment policies for dual eligible members and/or members with LIS who do not pay plan premiums must edit these bullets as necessary to reflect their policies. Plans with different disenrollment policies must be very clear as to which population is excluded from the policy to disenroll for failure to pay plan premiums.]* Si no paga la prima del plan durante *[insert length of grace period, which cannot be less than two calendar months]*.
  + Debemos notificarle por escrito que usted tiene *[insert length of grace period, which cannot be less than two calendar months]* para pagar la prima del plan antes que demos de baja su membresía.
* *[MA-only plans, omit]* Si se le requiere pagar la cantidad adicional de la Parte D dado a sus ingresos y usted no la paga, Medicare le dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quisiera más información sobre cuando podemos darle de baja a su membresía:

* Usted puede llamar al **Servicios para Miembros** para más información (los números de teléfono están impresos en la parte de atrás de este manual).

#### Sección 5.2 No podemospedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

*[Insert 2017 plan name]* no está autorizado a pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicareal 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, 7 días a la semana.

#### Sección 5.3 Usted tiene el derecho a presentar una queja si le damos de baja a su membresía en nuestro plan

Si le damos de baja de nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos por darle de baja a su membresía. También debemos explicarle como puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle de baja a su membresía. También puede consultar en [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9], [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] para obtener información de cómo presentar una queja.

Capítulo 11

Avisos Legales

## Capítulo 11. Avisos Legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente 266

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminar 266

SECCIÓN 3 Notificación sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare 266

*[Note****:*** *You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

### SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y algunas provisiones adicionales podrían aplicar porque la ley lo exige. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es Titulo XVIII del Acto del Seguro Social y los reglamentos creados por la ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Adicionalmente, otras leyes Federales pueden aplicar y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el cual vive.

### SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminar

No discriminamos basado en la raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, creencias, edad, u origen nacional de las personas. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes Federales contra la discriminación, incluido el Titulo VI de la ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades, todas las otras leyes que aplican a organizaciones que reciben subsidios federales y otras leyes y normas que aplican por cualquier otra razón.

### SECCIÓN 3 Notificación sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Nosotros tenemos el derecho y la responsabilidad de colectar para los servicios cubiertos de Medicare por los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo a las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, *[insert 2017 plan name]*, como una Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de la recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones CMS en subparte B hasta la D de parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección están por encima de cualquier ley Estatal.

*[Note: You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

## Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

*[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the EOC. You may insert definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, or to your contractual obligations with CMS or enrolled Medicare beneficiaries.]*

*[If allowable revisions to terminology (e.g., changing “Member Services” to “Customer Service”) affect glossary terms, plans should re-label the term and alphabetize it within the glossary.]*

*[If you use any of the following terms in your EOC, you must add a definition of the term to the first section where you use it and here in Chapter 12 with a reference from the section where you use it: IPA, network, PHO, plan medical group, Point of Service.]*

*[MA-only plans should delete the following definitions: Brand Name Drug, Catastrophic Coverage Stage, Cost-Sharing Tier, Covered Drugs, Dispensing Fee, Exception, Generic Drug, Initial Coverage Stage, List of Covered Drugs, Network Pharmacy, Out-of-Network Pharmacy, Part D Drugs, Quantity Limits, Step Therapy.]*

**Centro de Cirugía Ambulatoria** – Un Centro de Cirugía Ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

**Período de Inscripción Anual –** El momento establecido cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiar al Medicare Original. El Período de Inscripción Anual es del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

**Apelación** – Una apelación es algo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de terminar los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si nosotros no pagamos un medicamento, articulo, o servicio que usted cree que tiene derecho a recibir. [*Insert as applicable:* Capítulo 7 *O* Capítulo 9] explica las apelaciones, incluyendo el proceso para presentar una apelación.

**Facturación del saldo –** *[Plans that allow balance billing may edit the percentage to reflect their actual balance billing rate.]* Cuando un proveedor (tal como un medico u hospital) le factura a un paciente hasta 15% más del pago del plan por los servicios. El monto de “facturación de saldos” se cobra además del monto del costo compartido regular del plan del paciente. [*Plans that prohibit balance billing insert:* Como un miembro de *[insert 2017 plan name]*, solo tiene que pagar la cantidad el costo compartido de nuestro plan cuando usted recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No les permitimos a los proveedores que “facturen el saldo” o que le cobren a usted más de la cantidad que nuestro plan dice que usted tiene que pagar por costo compartido.] Vea Capítulo 4, Sección 1.6 para más información sobre facturación balanceada.

**Período de Beneficio** – *[Modify definition as needed if plan uses benefit periods for SNF stays but not for inpatient hospital stays.]* La forma en que [*insert if applicable:* nuestro plan y] Medicare Original miden su uso de los servicios de hospital y del centro de enfermería especializada (SNF). *[Plans that offer a more generous benefit period, revise the following sentences to reflect the plan’s benefit period.]* Un período de beneficio comienza el día que usted es admitido al hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital (o enfermería especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted es ingresado al hospital o a un centro de enfermería especializada después que un período de beneficio haya terminado, un nuevo período de beneficio comenzara. [*Insert if applicable:* Usted debe pagar el deducible de hospital por cada período de beneficio.] No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.

**Medicamento de Marca** – Un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigo y creo el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y generalmente no se encuentran disponibles hasta que se vence la patente del medicamento de marca.

**Etapa de Cobertura Catastrófica** – La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un pequeño copago o coseguro por los medicamentos después de que usted o otras partes autorizadas en su nombre hayan gastado $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* por medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)** – La agencia Federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica como comunicarse con CMS.

**Coseguro** – La cantidad que usted tiene que pagar como la parte del costo que le corresponde por servicios [*insert if applicable:* o medicamentos recetados] [*insert if applicable:* después que usted pague cualquier deducible]. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, 20%).

**Queja** – El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar una queja formal”. La queja es el proceso usado únicamente para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempo de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Vea también "Queja formal" en la lista de definiciones.

**Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF)** – Un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del lenguaje y servicios de evaluación del ambiente del hogar.

**Copago** – Una cantidad que usted tiene que pagar como la parte del costo que le corresponde por servicios médicos o suministros, como la visita médica, visita al hospital como paciente ambulatorio, o medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija, en vez de un porcentaje. Por ejemplo, usted puede pagar $10 o $20 por la visita médica o el medicamento recetado.

**Costo Compartido** – Costo Compartido se refiere a las cantidades que debe pagar el miembro por servicios [*insert if applicable:* o medicamentos] recibidos. [*Insert if plan has a premium:* (Esto es adicional a la prima mensual del plan.)] El Costo Compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad deducible que el plan puede imponer antes de cubrir servicios [*insert if applicable:* o medicamentos]; (2) cualquier cantidad de “copago” que el plan requiere cuando se recibe cierto servicio [*insert if applicable:* o medicamento]; o (3) cualquier cantidad de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio [*insert if applicable:* o medicamento], que requiere un plan cuando se recibe un servicio [*insert if applicable:* o medicamento] específico. Una “tarifa diaria de costo compartido” puede aplicar cuando su médico le receta menos de un mes completo de ciertos medicamentos para usted y se le requiere pagar un copago.

*[Delete if plan does not use tiers]* **Nivel de Costo Compartido** – Cada medicamento en la lista de los medicamentos cubiertos esta en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más caro que le será el costo por el medicamento.

**Determinación de Cobertura** **–** Una decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por el plan y la cantidad, si la hay, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta a la farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Usted necesita llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de Cobertura se conocen como “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Medicamentos Cubiertos** – El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

**Servicios Cubiertos** – El término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros médicos que son cubiertos por nuestro plan.

**Cobertura Válida de Medicamentos Recetados**– Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o unión) que paga, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare de medicamentos recetados. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare por primera vez, generalmente pueden conservarla sin tener que pagar una multa, si más tarde deciden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

**Cuidado de Custodia**– El cuidado de custodia es atención personal que es proporcionada en un asilo, hospicio u otro centro cuando no se necesita cuidado médico o de enfermería. El cuidado de custodia es atención personal que puede ser proporcionado por personas sin experiencia o capacitación profesional, para ayudarle con las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir las actividades que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas en los ojos. Medicare no paga por este tipo de cuidado.

**Tarifa Diaria de Costo Compartido** – Una “tarifa diaria de costo compartido” puede aplicar cuando su médico le receta menos de un mes completo de ciertos medicamentos para usted y se le requiere pagar un copago. La tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por el número de días en un suministro de un mes. Un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es $30, y un suministro de un mes en su plan es 30 días, entonces su “tarifa diaria de costo compartido” es $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro de cada día cuando usted llena su receta.

**Deducible** – La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos [*insert if applicable:* o medicamentos recetados] antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Dar de Baja** o **Baja** – El proceso de terminación de su membresía en nuestro plan. La baja puede ser voluntaria (por su decisión propia) o involuntaria (no por su propia decisión).

*[MA-only plans omit]* **Tarifa de Suministro –** Una tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir la receta. La tarifa de suministro cubre costos tales como el tiempo del farmaceuta para preparar y envasar la receta.

**Equipo Medico Duradero** – Ciertos equipos médicos solicitados por su médico por razones medicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

**Emergencia**– Unaemergencia médicaes cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, herida, dolor severo, o una afección médica que esté empeorando rápidamente.

**Cuidado de Emergencia** – Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para dar estos servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar, o estabilizar una condición médica de emergencia.

**Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación** – Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, queexplican la cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Excepción** – Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento no incluido en el formulario del patrocinador del plan (excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido en el nivel de costo compartido más bajo (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que está solicitando o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción al formulario).

**Ayuda Adicional** – Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y el coseguro.

**Medicamento Genérico** – Un medicamentos recetado que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de tener los mismos ingrediente(s) activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” va igual de bien que un medicamento de marca y cuesta menos.

**Queja formal** – Un tipo de queja que usted realiza sobre nosotros o uno de los proveedores [*insert if applicable:* o farmacias] de nuestra red incluyendo una queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no se relaciona con quejas acerca de cobertura o pagos.

**Ayudante de Salud en el Hogar**– Un ayudante de salud en el hogar proporciona servicios que no necesitan de la experiencia de un profesional en enfermería licenciado o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los ayudantes de salud en el hogar no tienen una licencia en enfermería ni proporcionan un servicio de terapia.

**Hospicio** – Un miembro a quien le queda 6 meses o menos de vida tiene el derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, tenemos que proporcionarle una lista de los hospicios en su área geográfica. Si usted elige un hospicio y continúa a pagar sus primas, sigue siendo un miembro de nuestro plan. Usted puede continuar obteniendo todos los servicios médicos necesarios y los beneficios adicionales que ofrecemos. El hospicio le proveerá tratamiento especial para su estado.

**Estadía en el Hospital –** Una estadía en el hospital cuandousted ha sido ingresado formalmente al hospital para los servicios médicos especializados. Aún cuando usted pasara la noche en el hospital, tal vez aún se le considere como paciente “ambulatorio”.

**Cantidad Ajustada Mensual de Ingresos Relacionados (IRMAA)** – Si sus ingresos están por encima de un cierto límite, usted pagara una cantidad ajustada mensual de ingresos relacionados adicionales a su prima del plan. Por ejemplo, los individuos con ingresos mayores a $*[insert amount]* y parejas casadas con ingresos mayores a $*[insert amount]* deben pagar una prima de cobertura de Medicare Parte B (seguro medico) y cobertura de medicamentos recetados de Medicare más alta. Esta cantidad adicional se conoce como cantidad ajustada mensual de ingresos relacionados. Menos de 5% de las personas con Medicare son afectados por esto, así que la mayoría de personas no tendrán que pagar una prima más alta.

**Limite de Cobertura Inicial** – El límite máximo de cobertura dentro de la Etapa de Cobertura Inicial.

**Etapa de Cobertura Inicial** – Esta es la etapa antes de que [*insert as applicable:* sus gastos totales de medicamentos incluyendo cantidades que usted ha pagado y que su plan ha pagado en su nombre *O* gastos fuera de su bolsillo] por el año han alcanzado [*insert as applicable: [insert 2017 initial coverage limit] OR [insert 2017 out-of-pocket threshold]*.]

**Período Inicial de Inscripción**– Cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A Y B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período inicial de inscripción es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después de que cumple 65.

**Multa por Inscripción Tardía** – La cantidad que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si usted permanece sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare), durante un período continuo de 63 días o más. Usted pagará esta cantidad más alta mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, las normas de la multa por inscripción tardía no aplican a usted. Si recibe “Ayuda Adicional”, no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.

**Lista de Medicamentos rectados Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”)** – Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmaceutas. Esta lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

**Subsidio por Bajos Ingresos (LIS)** – Vea “Ayuda Adicional.”

**Cantidad Máxima de su Bolsillo –** La cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de [*insert if applicable:* la Parte A y la Parte B] *. [MA-only plans and plans without a premium revise the following sentence as needed]* Cantidades que usted paga por la prima del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de costos fuera de su bolsillo. [*Plans with service category MOOPs insert:* Además de la máxima cantidad de su bolsillo por servicios cubiertos *[insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] servicios médicos de la Parte A y la Parte B, también tenemos una cantidad máxima de costos fuera de su bolsillo para ciertos tipos de servicios.] Vea Capítulo 4, Sección 1*[insert subsection number]* para obtener información acerca de la cantidad máxima de su bolsillo.

**Medicaid (o Asistencia Médica) –** Programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos o recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de la atención médica estarán cubiertos si es elegible para Medicare y Medicaid. Vea el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Indicación Aceptada por Razones Médicas –** El uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. Vea Capítulo 5, Sección 3 para más información acerca de una indicación aceptada por razones medicas.

**Necesario por Razones Medicas** – Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, diagnostico o tratamiento de su condición médica y que cumple con los estándares aceptados de la practica médica.

**Medicare** – El programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original [*insert only if there is a cost plan in your service area:* un Plan de Costo de Medicare,] [*insert only if there is a PACE plan in your state:* un Programa Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE),] o un Plan de Medicare Advantage.

**Período de Cancelación de Medicare Advantage** –Un tiempo establecido cada año cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiar al Medicare Original. El Período de Cancelación de Medicare Advantage es del 1 de enero hasta el 14 de febrero de 2017.

**Plan Medicare Advantage (MA)** – A veces también llamado plan de la Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una empresa privada que realiza un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un Plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, o un plan privado de pago por servicios (PFFS, en inglés), o un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare (MSA, en inglés). Cuando usted está inscrito en un Plan de Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través de ese plan, y no son pagados bajo Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como

**Planes de Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**. Toda persona con la Parte A y la Parte B de Medicare es elegible para inscribirse en cualquier plan médico de Medicare ofrecido en su área, excepto las personas con Enfermedad renal es fase terminal (a menos que apliquen ciertas excepciones).

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Plan de costo de Medicare** – Un plan de Costo de Medicare es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, en inglés) o un Plan médico competitivo (CMP, en inglés) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos bajo la Sección 1876(h) de la Ley.]

**Programa de Medicare de Descuentos Durante la Brecha de Cobertura** – Un programa que proporciona descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a las personas inscritas en la Parte D que han alcanzado la Brecha de Cobertura y que aún no reciben “Ayuda Adicional.” Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen un descuento.

**Servicios cubiertos bajo Medicare –** Son los servicios cubiertos bajo la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluyendo nuestro plan, deberán cubrir todos los servicios que sean cubiertos bajo la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Plan médico de Medicare** – Un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para facilitar los beneficios de la Parte A y la Parte B de a las personas con Medicare inscritas en ese plan. Este término incluye todos los Planes de Medicare Advantage, los Planes de costo de Medicare, Programas de Prueba/Piloto, y Programas integrales de cuidados para ancianos (PACE, en inglés).

**Cobertura Medicare de medicamentos recetados (Parte D de Medicare)** – Un seguro para ayudar a pagar por los medicamentos recetados, vacunas, medicamentos biológicos, y ciertos suministros recibidos como paciente ambulatorio, y que no son cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Póliza “Medigap” (Seguro suplementario de Medicare)** – Seguro suplementario de Medicare vendidos por compañías de seguros privadas para cubrir “interrupciones” bajo Medicare Original. Las pólizas de Medigap sólo se pueden obtener si uno tiene Medicare Original. (Un Plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap.)

**Miembro (Miembro de nuestro Plan, o “Miembro del plan”)** – Una persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que están inscritas en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés).

**Servicios para Miembros** – Un departamento dentro de nuestro plan,responsable de dar respuestas a sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas, y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para información acerca de cómo comunicarse con nuestros Servicios para Miembros.

**Farmacia de la Red** –Una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

**Proveedor de la Red–** Proveedores, tales como médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen contratos firmados con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a miembros en nuestro plan. Estos proveedores aceptan proporcionar servicio a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan.”

[*Include if applicable:* **Beneficios Opcionales Suplementarios** – Beneficios que no están cubiertos por Medicare que pueden ser comprados por una prima adicional y no están incluidos en su paquete de beneficios. Si usted elige tener beneficios suplementarios, tal vez tenga que pagar una prima adicional. Usted elige voluntariamente los Beneficios suplementarios opcionales si desea obtenerlos.]

**Determinación de la Organización** - El plan de Medicare De Ventaja realiza una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto usted debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. El proveedor o centro de la red del plan de Medicare Advantage también han tomado una decisión de la organización al facilitarle un artículo o servicio, o al referirlo a un proveedor fuera de la red para obtener un artículo o servicio. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en esta publicación. [*Insert as applicable:* El Capítulo 7 *O* Capítulo 9] explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Medicare Original** (“Medicare tradicional” o Medicare “Pago por servicio”) – Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos pagando a los médicos, hospitales, y otros proveedores de cuidados de la salud, los montos establecidos por el Congreso. Usted puede visitar cualquier médico, hospital, o proveedor de cuidados de la salud que acepte Medicare. Usted deberá pagar el deducible. Medicare paga su porción del monto aprobado por Medicare, y usted paga su porción. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B (Seguro médico). Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.

**Farmacia Fuera de la Red –** Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Tal como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, al menos que apliquen ciertas condiciones.

**Proveedor o Centro Fuera de la Red** – Un proveedor o centro con quien no tenemos un contrato firmado o acuerdo para coordinar ni proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no pertenecen a nuestro plan, no son empleados ni operados por nosotros, ni tienen contrato con nosotros para facilitarle servicios cubiertos. La utilización de proveedores o centros fuera de la red está detallada en el Capítulo 3 de esta publicación.

**Costos de su bolsillo** – Consulte la definición acerca de “costos compartidos” más arriba. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los servicios [*insert if applicable:* o medicamentos] recibidos también se conoce como requisito de gasto “fuera de su bolsillo”.

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **Plan PACE** – Un plan PACE (Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos) combina servicios médicos, sociales, y cuidado a largo plazo para personas frágiles con el fin de ayudarlos a mantenerse independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) mientras le sea posible, a la vez que recibe atención de alta calidad que necesita. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.]

**Parte C – vea “Plan Medicare Advantage (MA).”**

**Parte D** – Es el Programa Medicare de beneficio de medicamentos recetados, el cual es voluntario. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D.)

**Medicamentos de la Parte D** – Medicamentos que pueden ser cubiertos bajo la Parte D. Puede ser que no ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D. (Vea el formulario para una lista especifica de los medicamentos cubiertos.) Ciertas categorías de medicamentos fueron

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in addition to those offering standard cost-sharing:*

**Costo Compartido Preferido** – Costo Compartido Preferido significa un costo compartido más bajo para ciertos medicamentos de la Parte D en ciertas farmacias de red.]

**Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO, en inglés)** – Un Plan de Organización de proveedores preferidos es un Plan de Medicare Advantage que incluye una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan cobrando un monto específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan sin importar que sean recibidos por proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros serán generalmente más elevados cuando los beneficios del plan sean recibidos de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos fuera de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite superior sobre los costos fuera de su bolsillo combinados totales por servicios de proveedores dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

**Prima** – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan médico para la cobertura de salud o medicamentos recetados.

*[Plans that do not use PCPs omit]* **Proveedor de Cuidado Primario** [*insert as appropriate:* Médico *O* Proveedor] **(PCP)** – Su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se aseguran de que usted reciba la atención necesaria para mantenerse sano. Él o ella también pueden hablar con otros médicos y proveedores de salud sobre su atención y referirlo. En muchos planes de salud de Medicare, antes de ver a cualquier otro proveedor de salud, usted debe consultar primero a su médico de cuidado primario. Vea el Capítulo 3, Sección 2.1 para información sobre Cuidado Primario [*insert as appropriate:* Médicos *O* Proveedores].

**Autorización Previa** – Aprobación anticipada para recibir servicios [*if applicable*: y/o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestro formulario. Algunos medicamentos solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.] En un plan PFFS, usted no necesita autorización previa para obtener servicios. Sin embargo, usted puede querer verificar con su plan antes de obtener servicios para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál es su responsabilidad de costo compartido.

**Prótesis y ortopedia** – Se trata de dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica. Algunos artículos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, que incluye suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

**Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)** – Un grupo de médicos que practican la medicina y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Vea el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con QIO en su estado.

**Límites de Cantidad** – Un herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden basarse en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o durante un período determinado.

**Servicios de Rehabilitación** –Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Área de Servicio** – Un área geográfica donde su plan acepta miembros si es que limita la inscripción a los miembros basado en donde viven. Para los planes que limitan que médicos y hospitales usted puede usar, es también generalmente el área donde se brindan los servicios médicos de rutina (que no sean de emergencia). Si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio, el plan puede cancelar su cobertura.

**Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) –** Cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se ofrece de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de este cuidado incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser brindadas por una enfermera licenciada o por un médico.

**Período de Inscripción Especial–** El momento establecido en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar al Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos, o si violamos nuestro contrato con usted.

**Plan de Necesidades Especiales –** Un tipo especial de Plan Medicare De Ventaja que proporciona atención médica más enfocada en grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes residen en un asilo de ancianos o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in addition to those offering standard cost- sharing]:*

**Costo compartido estándar*–*** El costo compartido estándar es cualquier costo compartido que no sea el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.*.*]

**Terapia en Etapas** –Una herramienta de utilización que le exige probar primero otro medicamento para el tratamiento de una afección médica antes de cubrir el medicamento que su médico le recetó en primer lugar.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) –** Un beneficio mensual pagado por la Administración del Seguro Social para personas incapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con ingresos y recursos limitados. Los beneficios del SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

[*Full-network plans insert:* **Servicios de urgencia** – Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia pero requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores dentro de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente.]

*[This is the back cover for the EOC. Plans may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the plan contact information.]*

***[Insert 2017 plan name]* Servicios para Miembros**

| Método | Servicios para Miembros – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este teléfono son gratis. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Servicios para Miembros también ofrecen servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y debe ser utilizado únicamente por las personas que tengan discapacidades del oído o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional:* *insert fax number]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]*  *[Note: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

***[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)]**

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar consejos gratis sobre seguros médicos locales a las personas con Medicare.

*[Plans with multi-state EOCs revise heading and sentence above to use “State Health Insurance Assistance Program,” omit table, and reference exhibit or EOC section with SHIP information.]*

| Método | Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y debe ser utilizado únicamente por las personas que tengan discapacidades del oído o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |