**[PFFS models]  
[2018 ANOC model]**

***[Insert 2018 plan name] ([insert plan type]) ofrecido por [insert MAO name]***

# Aviso anual de cambios para 2018

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

En la actualidad, está inscrito como miembro de *[insert 2017 plan name]*. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan*. Este folleto describe los cambios.*

* **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted**

* Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
* Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
* ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
* Consulte las Secciones *[insert section number]* y *[insert section number]* para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
* Verifique los cambios en el folleto para nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
* ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
* ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
* ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
* ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
* Revise la Lista de medicamentos para 2018 y consulte la Sección *[insert section number]* para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
* Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
* ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
* ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
* Consulte la Sección *[insert section number]* para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
* Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
* ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
* ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
* ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
* Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

1. **COMPARE:** conozca otras opciones del plan

* Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
* Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/). Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
* Revise la lista en la portada posterior del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
* Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 4.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
* Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

1. **ELIJA: decida si** desea cambiar su plan

* Si desea **conservar** [*insert 2017 plan name*], no es necesario que haga nada. Permanecerá en[*insert 2017 plan name*].
* Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

1. **INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2017**

* Si **no se inscribe antes del** **7 de diciembre de 2017**, permanecerá en [*insert 2017 plan name*].
* Si se inscribe antes del 7 de diciembre de 2017, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2018.

Recursos adicionales

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Este documento está disponible de forma gratuita en *[insert languages that meet the 5% threshold].*
* Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al *[insert phone number]*. (Los usuarios de TTY deben llamar al [*insert TTY number*]). Atendemos de *[insert days and hours of operation]*.]
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*
* **La cobertura según este plan califica como cobertura mínima esencial (MEC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca de *[insert 2018 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* Cuando este folleto dice“nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *[insert MAO name]*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *[insert 2018 plan name]*.

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* CMS Approved[MMDDYYYY]  *OR [insert Material ID]* File & Use[MMDDYYYY]]

Resumen de costos importantes para 2018

La siguiente tabla compara los costos de 2017 y 2018 para *[insert 2018 plan name]* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios*** y revisar la *Evidencia de cobertura* [*insert as applicable:* adjunta *OR* anexa] para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.

| Costo | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual del plan\*  *\*[MA-PD plans insert:* Su prima puede ser mayor o menor que este monto.] Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.1 para obtener detalles. | *[Insert 2017 premium amount]* | *[Insert 2018 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row.]*  Deducible | *[Insert 2017 deductible amount]* | *[Insert 2018 deductible amount]* |
| Monto máximo que paga de su bolsillo  Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.  (Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.2 para obtener detalles). | *[Insert 2017 MOOP amount]* | *[Insert 2018 MOOP amount]* |
| Consultas en el consultorio del médico | Consultas de atención primaria: *[insert 2017 cost-sharing for PCPs]* por consulta  Consultas a especialistas: *[insert 2017 cost-sharing for specialists]* por consulta | Consultas de atención primaria: *[insert 2018 cost-sharing for PCPs]* por consulta  Consultas a especialistas: *[insert 2018 cost-sharing for specialists]* por consulta |
| Hospitalizaciones  Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. | *[Insert 2017 cost-sharing]* | *[Insert 2018 cost-sharing]* |
| *[MA-only plans delete]* Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D  (Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.6 para obtener detalles). | Deducible: *[Insert 2017 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la Etapa de cobertura inicial:   * Medicamentos de Nivel 1: *[Insert 2017 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | Deducible: *[Insert 2018 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la Etapa de cobertura inicial:   * Medicamentos de Nivel 1: *[Insert 2018 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* |

***Aviso anual de cambios* para 2018  
Índice**

*[Update table below after completing edits]*

Resumen de costos importantes para 2018 1

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan 4

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *[insert 2018 plan name]* en 2018 4

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 4

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 4

Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 5

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores 6

Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias 7

Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 8

Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 9

SECCIÓN 3 Cambios administrativos 17

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir 17

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *[insert 2018 plan name]* 17

Sección 4.2 - Si desea cambiar de plan 17

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan 19

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 19

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 20

SECCIÓN 8 Preguntas 21

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de *[insert 2018 plan name]* 21

Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 21

*[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 2018, el nombre de nuestro plan cambiará de *[insert 2017 plan name]* a *[insert 2018 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.]]*

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *[insert 2018 plan name]* en 2018

[*[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 2018, *[insert MAO name]* combinará *[insert 2017 plan name]* con uno de nuestros planes, *[insert 2018 plan name]*.

**Si no ha hecho nada para cambiar su cobertura de Medicare hasta el miércoles, 7 de diciembre de 2016, lo inscribiremos automáticamente en *[insert 2018 plan name]*.** Esto significa que a partir del 1 de enero de 2018, obtendrá su cobertura médica *[insert if applicable:* y cobertura para medicamentos con receta] a través de *[insert 2018 plan name]*. Si lo desea, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto. También puede cambiarse a Original Medicare. Si desea cambiar, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

La información incluida en este documentole indica las diferencias entre sus beneficios actuales en *[insert 2017 plan name]* y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2018 como miembro de *[insert 2018 plan name]*.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

*[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 | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual  *[Plans that include a Part B premium reduction benefit may modify this row to describe the change in the benefit. If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year.]*  (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | *[Insert 2017 premium amount]* | *[Insert 2018 premium amount]* |

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

* Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
* Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
* Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta.

### Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga 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 exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] por el resto del año.

| Costo | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Monto máximo que paga de su bolsillo  Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos [*insert if plan has a deductible:* y deducibles]) se consideran para el monto máximo que paga 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 para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. | *[Insert 2017 MOOP amount]* | *[Insert 2018 MOOP amount]*  Una vez que haya pagado *[insert 2018 MOOP amount]* de su bolsillo por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B], no pagará nada por sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] durante 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]* Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web *[insert URL]*, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2018 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red**.

*OR*

[*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 habitual para 2018. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web *[insert URL]*, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Le recomendamos que revise nuestro Directorio de proveedores vigente para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) aún se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

* A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
* Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
* Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
* Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
* Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
* Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

### Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias

*[MA-only plans delete Section 2.4]*

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. *[Insert if applicable:* Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.]

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de farmacias en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web *[insert URL]*, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2018 para ver qué farmacias se encuentran 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 habitual para 2018. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de farmacias en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web *[insert URL]*, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Le recomendamos que revise nuestro Directorio de farmacias vigente para ver si su farmacia aún se encuentra en nuestra red.**

### Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

[*If there are no changes in benefits or in cost-sharing, revise heading to “No hay cambios en sus beneficios o los montos que paga por servicios médicos” and replace the rest of this section with:* Nuestros beneficios y lo que usted pague por estos servicios médicos cubiertos en 2018 serán exactamente los mismos que en 2016.]

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2018.*

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2017 benefits that will end for 2018, 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 2018; and (3) all changes in cost-sharing for 2018 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 | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | [*For benefits that were not covered in 2017 insert:*  *[insert benefit name*] no tiene cobertura.]  [*For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un copago de $*[insert 2017 copayment amount]* copay *[insert language as needed to accurately describe the benefit, (e.g., “per office visit”)].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* Usted paga *[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”)].*] | [*For benefits that are not covered in 2018 insert: [insert benefit name]* no tiene cobertura.]  [*For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un copago de $*[insert 2018 copayment amount]* copay *[insert language as needed to accurately describe the benefit, (e.g., “per office visit”)].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:*  Usted paga *[insert 2018 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 2017 cost/coverage, using format described above]* | *[insert 2018 cost/coverage, using format described above]* |

*[MA only plans delete Section 2.6 below]*

### Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

#### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. En este sobre, le enviamos 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 contiene muchos *(pero no la totalidad)* de los medicamentos que cubriremos el año próximo. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que aún se encuentre cubierto. **Puede conseguir la Lista de medicamentos *completa*** si llama a Servicios para los miembros (consulte la portada posterior) o 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 realizados cambios en nuestra Lista de medicamentos para el próximo año. Los medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos serán los mismos en 2018 que en 2016. Sin embargo, se nos permite hacer cambios en la Lista de medicamentos ocasionalmente durante todo el año, con la aprobación de Medicare o si un medicamento ha sido retirado del mercado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o un fabricante de productos.]

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

* **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. *[Plans may omit the following sentence if they do not have an advance transition process for current members.]* **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
* Para saber qué debe hacer para solicitar 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 para los miembros.
* **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

*[Plans may omit this if all current members will be transitioned in advance for the following year.]*En algunas situaciones, debemos cubrir un **único** suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el 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 los medicamentos con receta

*Nota:* si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D [***insert as applicable:* **puede no aplicarse** *OR* **no se aplica] en su caso.** *[If not applicable, omit the following information about the LIS Rider]*[*insert as appropriate:* Hemos incluido *OR* Le enviamos] un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos para sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y [*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* no recibió el inserto con el paquete,] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* no ha recibido este inserto antes del *[insert date]*,] llame a Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 8.1 *[edit section number as needed]* de este folleto, encontrará los números de teléfono de Servicios para los miembros.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* [*insert as applicable:* adjunta *OR* anexa]).

Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 1: Etapa del deducible anual  Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos [*insert as applicable:* de la Parte D *OR* de marca *OR* *[insert tier name(s)]*] hasta que alcance el deducible anual.  *[Plans with no deductible, omit text above.]* | El deducible es de $*[insert 2017 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.]  [*Plans with tiers excluded from the deductible in 2017 and/or 2018 insert the following*:] Durante esta etapa, usted paga *[insert cost-sharing amount that a beneficiary would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* de costo compartido por los medicamentos del [*insert name of tier(s) excluded from the deductible*] y el costo total de los medicamentos del [*insert name of tier(s) where copayments apply*] hasta que alcance el deducible anual. | El deducible es de $*[insert 2018 deductible]*.  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.]  [*Plans with tiers excluded from the deductible in 2017 and/or 2018 insert the following*:] Durante esta etapa, usted paga *[insert cost-sharing amount that a beneficiary would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* de costo compartido por los medicamentos del [*insert name of tier(s) excluded from the deductible*] y el costo total de los medicamentos del [*insert name of tier(s) where copayments apply*] hasta que alcance 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 2017 to 2018 insert, “*Para los medicamentos en el *[insert name of tier(s)]*, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial cambia de [*insert whichever is appropriate* “copago a coseguro” *<or>* “coseguro a copago”.] Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2018 en relación con 2017”.]

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los 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 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 | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence]* Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde 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 2017 to 2018 insert for each applicable tier:* “En 2017, usted pagó [*insert as appropriate* “un copago de $[*xx*]” *<or>* “[*xx*] % de coseguro]” para los medicamentos del [*insert tier name*]. En 2018, usted pagará [*insert as appropriate* “un copago de $[*xx*]” *<or>* “[*xx*] % de coseguro]” para los medicamentos de este nivel”.]  Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (*[insert number of days in a one-month supply]* días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert* “La cantidad de días en el suministro de un mes ha cambiado de 2017 a 2018 como se especifica en el cuadro”.]  Para obtener información sobre los costos *[insert as applicable:* de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido o de medicamentos con receta para pedido por correo*]*, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*. | Sus costos por un suministro para un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes”] cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2017 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura) *OR* haya pagado $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] | Sus costos por un suministro para un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes”] cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2018 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura) *OR* haya pagado $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] |
| [*Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.] |  |  |

*[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 | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence]* Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde 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 2017 to 2018 insert for each applicable tier:* “En 2017, usted paga [*insert as appropriate* “un copago de $[*xx*]” *<or>* “[*xx*] % de coseguro]” para los medicamentos de este nivel. En 2018, usted pagará [*insert as appropriate* “un copago de $[*xx*]” *<or>* “[*xx*] % de coseguro]” para los medicamentos de este nivel”.] | Sus costos por un suministro para un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 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 medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total]. | Sus costos por un suministro para un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 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 medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total]. |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)  Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (*[insert number of days in a one-month supply]* días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red. [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2017 to 2018 insert* “La cantidad de días en el suministro de un mes ha cambiado de 2017 a 2018 como se especifica en el cuadro”.] Para obtener información sobre los costos *[insert as applicable:* de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo*]*, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.  [*Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.] | ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*Insert as applicable*: Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2017 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* ha pagado $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] | ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento con receta *OR* *[xx]* % del costo total].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*Insert as applicable*: Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2018 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* ha pagado $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] |

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** [*Sponsors that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2017 to 2018 insert the following sentence. If many changes are being made, it may be repeated as necessary.* En la Etapa de cobertura [*insert coverage stage involved*], para los medicamentos en el Nivel] [*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 sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

*[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 include an introductory sentence that explains the general nature of the administrative changes. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed.]*

| Costo | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2017 administrative description]* | *[Insert 2018 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2017 administrative description]* | *[Insert 2018 administrative description]* |

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *[insert 2018 plan name]*

**Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada.** Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2018.

### Sección 4.2 - Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2018, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

* Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
* *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare y si compra una póliza complementaria de Medicare (Medigap).

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2018* (Medicare y Usted 2018), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección *[edit section number as needed]* 6), o llame a Medicare (consulte la Sección *[edit section number as needed]* 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) y haga clic en “Find Health & Drug Plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

[*Plans may choose to insert if applicable:* Como recordatorio, *[insert MAO name]* ofrece otros [*insert as applicable:* planes de salud de Medicare *AND/OR* planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.]]

Paso 2: cambie su cobertura

* Para cambiar **a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2018 plan name]*.
* [*MA-PD plans, insert:* Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2018 plan name]*.]
* [*MA-only plans, insert:* Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
* Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción de *[insert 2018 plan name]* o puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
* Luego, póngase en contacto con el plan de medicamentos con receta de Medicare en el que quiere inscribirse y solicite su inscripción.]
* Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
* Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
* *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2018.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del [*insert as applicable:* Capítulo 8 *OR* Capítulo 10] de la *Evidencia de cobertura.*

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2018 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a Original Medicare desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero de 2018. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del [*insert as applicable:* Capítulo 8 *OR* Capítulo 10] de la *Evidencia de cobertura.*

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre 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 de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En *[insert state]*, el SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del *[Insert state-specific SHIP name]* pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con *[insert state-specific SHIP name]* llamando al *[insert SHIP phone number]*. [*Plans may insert the following:* Para obtener más información sobre *[insert state-specific SHIP name]*, visite su sitio web (*[insert SHIP website]*).]

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. *[Plans in states without SPAPs, delete the next sentence]* A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

* **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
* Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
* A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
* A la Oficina de Medicaid de su estado (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 (“Programa estatal de asistencia farmacéutica”) 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]* cuenta con un programa denominado *[insert state-specific SPAP name]* que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica*.* Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección *[edit section number as needed]* 6 de este folleto)*.*
* *[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 con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de *[insert State-specific ADAP name and 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].*

SECCIÓN 8 Preguntas

### Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de *[insert 2018 plan name]*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al *[insert member services phone number].* (Solo los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de *[insert days and hours of operation]*. [*Insert if applicable:* Las llamadas a estos números son gratuitas.]

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2018 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2018. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2018 para *[insert 2018 plan name].* La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En este sobre, se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en *[insert URL]*. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar 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 recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite [http://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) y haga clic en “Compare Drug and Health Plans” [Comparar planes de medicamentos y de salud]).

Lea *Medicare & You 2018* (Medicare y Usted 2018)

Puede leer el Manual *Medicare & You 2018* (Medicare y Usted 2018). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)) o llamando al   
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**[2018 EOC model]**

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018**

# Evidencia de cobertura:

**Los beneficios y servicios de salud de Medicare** [*insert if applicable:* **y la cobertura para medicamentos con receta**] **como miembro de *[insert 2018 plan name] [insert plan type]***

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

Este folleto proporciona detalles acerca de la atención médica [*insert if applicable:* y para medicamentos con receta] de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2018. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica [*insert if applicable:* y los medicamentos con receta] que necesita.   
**Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, *[insert 2018 plan name]* es ofrecido por *[insert MAO name].* (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice“nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, hace referencia a *[insert MAO name].* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *[insert 2018 plan name].*)

*[Insert Federal contracting statement.]*

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Este documento está disponible de forma gratuita en *[insert languages that meet the 5% threshold].*

Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al *[insert phone number]*. (Los usuarios de TTY deben llamar al [*insert TTY number*]). Atendemos de *[insert days and hours of operation]*.]

*[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]* CMS Approved[MMDDYYYY] *OR [insert Material ID]* File & Use[MMDDYYYY]*]*

**Evidencia de cobertura de 2018**

**Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 31

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (*[insert 2018 plan name]*) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos) [*insert if applicable:*, programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta] y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 52

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 67

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D 112

*[MA-only plans: omit Chapter 5]* Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D 141

*[MA-only plans omit Chapter 6]* Explica las cuatro etapas de la cobertura para medicamentos (Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. También detalla los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto *de servicios* médicos [if *applicable:* o medicamentos] cubiertos 168

En este capítulo, se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios [*insert if applicable:* o medicamentos] cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 177

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 190

En este capítulo se describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

* Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica [*insert if applicable:* o medicamentos con receta] que usted piensa que nuestro plan cubre. Esto incluye [*insert if applicable:* solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y] solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.
* También se explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 252

Se describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, se explican las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 265

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 268

Se explican los términos clave que se utilizan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

## Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 7

Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2018 plan name]*, que es un plan privado de pago por servicio de Medicare 7

Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*? 7

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 8

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 8

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad 8

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? 9

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para *[insert 2018 plan name]* 9

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal 10

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 10

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención cubierta [*insert if applicable:* y todos los medicamentos con receta cubiertos] 10

Sección 3.2 *Directorio de proveedores:* su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan 11

Sección 3.3 *Directorio de farmacias:* su guía para conocer las farmacias de nuestra red 13

Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan 14

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D 14

SECCIÓN 4 Su prima mensual para *[insert 2018 plan name]* 15

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? 15

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 17

Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 17

Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D? 18

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa 19

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 20

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 20

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 20

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D? 20

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 21

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D? 21

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 22

Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan 23

Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 25

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 26

Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted 26

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 27

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 27

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 28

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 28

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2018 plan name]*, que es un plan privado de pago por servicio de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir atención médica [*insert if applicable:* y la cobertura para medicamentos con receta] de Medicare a través de nuestro plan, *[insert 2018 plan name]*.

**La cobertura según este plan califica como cobertura mínima esencial (MEC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información sobre el requisito individual para la MEC.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. *[Insert 2018 plan name]* es un plan privado de pago por servicio (PFFS) de Medicare Advantage. [*Insert if applicable:* Este plan no incluye cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.] Como todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare PFFS está aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

#### Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*?

Este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica cubierta [*insert if applicable:* y los medicamentos con receta cubiertos] de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica y los servicios [*insert if applicable:* y los medicamentos con receta] a su disposición como miembro de *[insert 2018 plan name]*.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que le dedique un poco de tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura.*

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros de nuestro plan (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

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

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *[insert 2018 plan name]* cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción [*insert if applicable:* , la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*] y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en *[insert 2018 plan name]*, desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *[insert 2018 plan name]* después del 31 de diciembre de 2018. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2018.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *[insert 2018 plan name]* cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

### SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

#### Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

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

* Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
* Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert*: Si ha sido miembro de nuestro plan de manera ininterrumpida desde antes de enero de 1999 y vivía fuera de nuestra área de servicio antes de enero de 1999, aún es elegible, siempre que no se haya mudado desde antes de enero de 1999.]
* Sea ciudadano estadounidense o se encuentre presente en los Estados Unidos de forma legal.
* *No* padezca enfermedad renal terminal (ESRD), salvo por algunas excepciones limitadas, por ejemplo, si la enfermedad renal terminal se manifestó cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o de otro plan Medicare Advantage que terminó.

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

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

* Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
* La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [durable medical equipment, DME]).

#### Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para *[insert 2018 plan name]*

Aunque Medicare es un programa federal, *[insert 2018 plan name]* se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, *[if a “continuation area” is offered under 42 CFR 422.54, insert “generalmente” here, and add a sentence describing the continuation area]* debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe [*insert as appropriate:* a continuación *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 los siguientes estados: *[insert states]*   
Nuestra área de servicio incluye estos condados en *[insert state]*: *[insert counties]*   
Nuestra área de servicio incluye estas zonas de los condados en *[insert state]*: *[insert county]*, solo los siguientes 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, puede haber un costo u otras diferencias entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda fuera del estado [*insert if applicable:* o territorio]hacia otro estado [*insert if applicable:* o territorio]que todavía se encuentra en nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios para los miembros para actualizar su información*. [National plans delete the rest of this paragraph]* Si se muda a otro estado [*insert if applicable:* o territorio]fuera de nuestra área de servicio, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros para averiguar si tenemos un plan en su nuevo estado *[insert if applicable:* o territorio].]

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

#### Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a *[insert 2018 plan name]* si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. *[Insert 2018 plan name]* debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

### SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

#### Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención cubierta [*insert if applicable:* y todos los medicamentos con receta cubiertos]

*[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 miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan [*insert if applicable:* y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red]. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

*[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 sea miembro de nuestro plan, **no debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (salvo los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de un hospicio). Guarde la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que deba presentarla más adelante.

**Aquí le explicamos por qué esto es tan importante:** si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de *[insert 2018 plan name]*, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

#### Sección 3.2 *Directorio de proveedores:* su guía para conocer a todos los proveedores de 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 “Directorio de proveedores” to use the actual name of the document throughout the model.]*

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de la red [*insert if applicable*: y los proveedores de equipo médico duradero].

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, [*insert if applicable*: proveedores de equipo médico duradero,] hospitales y otros centros de atención médica que han firmado un contrato con nosotros para ofrecer [*insert if applicable:* ciertos] servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Estos proveedores ya han aceptado atender a los miembros de nuestro plan. Consulte la sección 1.2 del capítulo 3 para obtener información acerca de las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos que ofrece nuestro plan. [*Insert as applicable*: Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores en el sobre con este folleto.] [Insert as applicable: Hemos incluido [insert as applicable: también] una copia de nuestro Directorio de proveedores de equipo médico duradero en el sobre con este folleto.] La lista más actualizada de proveedores [*insert as applicable*: y distribuidores] [*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 Original Medicare *[indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]*. Sin embargo, puede seguir recibiendo servicios cubiertos de proveedores fuera de la red (aquellos que no tengan un contrato firmado con nuestro plan), siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan, según se describe en la Sección 1.2 del Capítulo 3.]

[*Partial network PFFS plans insert*: Tenemos proveedores de la red para *[indicate what category or categories of services for which network providers are available]*. Sin embargo, puede seguir recibiendo servicios cubiertos de proveedores que no pertenezcan a la red (aquellos que no tengan un contrato firmado con nuestro plan), siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan, según se describe en la sección 1.2 del capítulo 3. Para servicios para los que no haya proveedores de la red disponibles, usted puede recibir servicios cubiertos de cualquier proveedor que acepte los términos y condiciones de pago de nuestro plan, según se describe en la Sección 1.2 del Capítulo 3.]

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

Existen diversas razones por las cuales es importante que sepa si nuestro plan utiliza una red y, de ser así, cuáles son los proveedores que forman parte de ella:

* Un proveedor de la red debe brindarle atención, mientras que un proveedor que no pertenece a la red tiene derecho a negarse a proporcionarle tratamiento;
* *[Insert if applicable]* Un proveedor de la red cobrará un costo compartido menor 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:* El monto de los costos compartidos que paga a un proveedor que no pertenece a nuestra red puede ser superior al costo compartido que debe pagar a un proveedor de la red. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este folleto, indicamos los servicios para los cuales la cantidad de costo compartido que usted paga difiere entre los proveedores de redes y proveedores fuera de la red.]
* Nuestro plan pagará todos los servicios que reciba de un proveedor de la red (incluidos los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red cuando sea derivado a ese proveedor por el plan o un proveedor de la red). Si decide ir a un proveedor fuera de la red que acepta los términos y condiciones de pago de nuestro plan por su cuenta, usted y el proveedor tienen derecho a solicitar una decisión de cobertura por escrito por parte nuestra antes de recibir el servicio con el fin de confirmar que el servicio es médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, sea pagado por nuestro plan.[*Insert as applicable:* En el Capítulo 7 *OR* En el Capítulo 9] encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado.
* En la red de nuestro plan, debemos proporcionarle una amplia cantidad y variedad de proveedores para que satisfagan sus necesidades.

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

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). En Servicios para los miembros, puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. [*Plans may add additional information describing the information available in the provider directory, on the plan’s website, or from Member Services. Por ejemplo:* También puede ver el *Directorio de proveedores* en *[insert URL]*, o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios para los miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.]

#### Sección 3.3 *Directorio de farmacias:* su guía para conocer las farmacias de 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 “Directorio de farmacias” 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 que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestros planes.

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. *[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de farmacias en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web [*insert URL*.] se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado.] También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2018 para ver qué farmacias se encuentran 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 habitual para 2018. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de farmacias en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web [*insert URL*], se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Le recomendamos que revise nuestro Directorio de farmacias vigente para ver si su farmacia aún se encuentra en nuestra red.** Esto es importante debido a que, con pocas excepciones, debe surtir sus recetas en una farmacia de la red si desea que nuestro plan las cubra (lo ayude a pagarlas).

[*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its network:* El *Directorio de farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.]

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Puede llamar a Servicios para los miembros en cualquier momento 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)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en *[insert 2018 plan name]*. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de *[insert 2018 plan name]*.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (*[insert URL]*) o llamar a Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

#### Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que le ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa la cantidad total que gastó, o que gastaron otros en su nombre, en medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6, (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y de qué manera le puede servir para llevar un registro de su cobertura para medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo solicite. Para obtener una copia, llame a Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

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

### SECCIÓN 4 Su prima mensual para *[insert 2018 plan name]*

#### Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. [*Select one of the following:* Para 2018, la prima mensual de *[insert 2018 plan name]* es *[insert monthly premium amount].* *OR* La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan en cada región que atendemos. *OR* La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan para cada plan que ofrecemos en el área de servicio. *OR* El monto de la prima mensual de *[insert 2018 plan name]* se menciona 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, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

[*Plans with no premium should replace the preceding paragraph with:* No es necesario que pague por separado la prima mensual de *[insert 2018 plan name]*. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).]

[*Insert if applicable:* Se le proporciona cobertura mediante un contrato con su empleador actual, o con su empleador o sindicato anterior. Para obtener más información sobre la prima de su plan, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o sindicato.]

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

*[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 que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. *OR* El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos.] En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre [*insert as applicable:* estos programas *OR* este programa]. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de cobertura* [***insert as applicable****:* puede no aplicarse** *OR* **no se aplica**] **en su caso**. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider]*[*insert as appropriate:* Hemos incluido *OR* Le enviamos] un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

*[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 algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1.Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Si tiene preguntas sobre las primas de su plan, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). *[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 algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. [*Insert as appropriate:* Estas situaciones se describen *OR* Esta situación se describe] a continuación.

* [*Insert if applicable:* Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Si tiene preguntas sobre las primas de su plan, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). *[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** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos con receta “acreditable”. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura para medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
* Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el monto correspondiente a la multa dependerá del tiempo que haya dejado pasar antes de inscribirse en la cobertura para medicamentos o de la cantidad de meses en los que no tuvo cobertura para medicamentos después de haberse determinado que era elegible. La Sección 5 del Capítulo 1 explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
* Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción en el plan.

### SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

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

**Nota:** si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que deba una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D o una cobertura para medicamentos con receta acreditable. (“Cobertura para medicamentos con receta acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare). El monto de la multa depende de cuánto tiempo esperó para inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta acreditable en algún momento después de finalizar el período de inscripción inicial o cuántos meses calendario completos estuvo sin cobertura para medicamentos con receta acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. *[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the next sentence]* (A los miembros que deseen pagar sus primas cada tres meses se les agregará la multa a su prima trimestral). Cuando se inscribe por primera vez en *[insert 2018 plan name],* le informamos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de su prima de su plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta por no pagar la prima de su plan.]

[*Plans with no plan premium, replace the previous two paragraphs with the following language:* Cuando se inscribe por primera vez en *[insert 2018 plan name],* le informamos el monto de la multa. Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera su prima del plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.]]

#### Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

* En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
* Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. [*Insert EITHER:* Para 2018, el monto promedio de la prima es de $*[insert 2018 national base beneficiary premium]* *OR* Para 2016, el monto promedio de la prima fue de $*[insert 2017 national base beneficiary premium]*. Este monto puede cambiar para 2018.]
* Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % multiplicado por $*[insert base beneficiary premium]*, que es igual a $*[insert amount]*. Y se redondea en $*[insert amount]*. Esta suma se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por** **inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

* Primero, **la multa puede cambiar cada año,** ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determine Medicare) aumenta, la multa se incrementará.
* Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
* Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

#### Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa

Aunque haya retrasado su inscripción en un plan que ofrezca cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

**Usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:**

* Si usted ya tiene una cobertura para medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare le llama a esto **“cobertura para medicamentos acreditable”**. Tenga en cuenta lo siguiente:
* La cobertura acreditable puede incluir la cobertura para medicamentos que proporcione un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
* Tenga en cuenta lo siguiente: si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando su cobertura de salud finalice, puede no significar que su cobertura para medicamentos con receta era acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta “acreditable” que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
* Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.
* Para obtener información adicional sobre las coberturas acreditables, consulte su manual *Medicare & You* *2018* (Medicare y Usted 2018) o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
* Si estuvo sin cobertura acreditable, pero por menos de 63 días consecutivos.
* Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

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

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión de la decisión tomada al respecto. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede comunicarse con Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: **Importante:** no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.]

### SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

#### Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

La mayoría de las personas paga la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a sus ingresos anuales. Si su ingreso es de $*[insert amount]* o más para una persona (o personas casadas que hacen la declaración de impuestos de manera separada) o $*[insert amount]* o más para las parejas casadas, debe pagar un monto adicional directamente al gobierno para su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará de cuánto será ese monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No** **se puede pagar con su prima mensual del plan.**

#### Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (modified adjusted gross income, MAGI), como se informó en su declaración de impuestos del IRS, está por encima de cierto monto, pagará una suma adicional además de su prima mensual del plan.

El cuadro que aparece a continuación muestra el monto adicional conforme a sus ingresos.

| **Si presentó una declaración de impuestos individual y sus ingresos en** *[insert year]* **fueron:** | **Si estaba casado pero presentó una declaración de impuestos separada y sus ingresos en** *[insert year]* **fueron:** | **Si presentó una declaración de impuestos conjunta y sus ingresos en** *[insert year]* **fueron:** | **Este es el costo mensual del monto adicional de la Parte D (a pagarse además de la prima del plan)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Igual o inferior a $*[insert amount]* | Igual o inferior a $*[insert amount]* | Igual o inferior a $*[insert amount]* | $0 |
| Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $*[insert amount]* |  | Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $*[insert amount]* | *[insert amount]* |
| Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $ *[insert amount]* |  | Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $*[insert amount]* | *[insert amount]* |
| Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $*[insert amount]* | Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $*[insert amount]* | Mayor que $*[insert amount]* e inferior o igual a $*[insert amount]* | *[insert amount]* |
| Mayor que $*[insert amount]* | Mayor que $*[insert amount]* | Mayor que $*[insert amount]* | *[insert amount]* |

#### Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional por sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

#### Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.

### SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

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. Como se explica en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por ello, algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

*[MA-only plans, omit]* Algunas personas pagan un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales; esto se conoce como montos de ajuste mensual relacionados con el ingreso (IRMAA). Si su ingreso es de $*[insert amount]* para una persona (o personas casadas que hacen la declaración de impuestos de manera separada) o más de $*[insert amount]* para las parejas casadas, **debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

* **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**
* Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional.
* Si desea obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Una copia de la publicación *Medicare & You* *2018* (Medicare y Usted 2018) incluye información sobre estas primas de Medicare en la sección titulada “2018 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2018). Allí se explica cómo [*MA-PD plans insert:* varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare] [*MA-only plans insert:* varía la prima de la Parte B de Medicare] para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare, reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted) cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia de *Medicare & You 2018* (Medicare y Usted 2018) del sitio web de Medicare ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la 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, “Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas para pagar su multa”, and use the alternative text as instructed below.]*

Existen *[insert number of payment options]* formas para pagar la prima del 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 decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo.

[*MA-PD plans without a monthly premium: Replace the preceding two paragraphs with the following:* Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen *[insert number of payment options]* maneras de hacerlo. *[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 de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D,el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.]

Opción 1: puede pagar con 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]*: puede pedir que la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía de la Parte D] se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

puede pedir que la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía de laParte D] se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para los 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 forma. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía de la Parte D]

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

Debemos recibir el pago de la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía de la Parte D] en nuestra oficina antes del *[insert day of the month]*. Si no hemos recibido el pago de la [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa] antes del *[insert day of the month]*, le enviaremos un aviso en el que le informamos que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos el pago de la [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía de la Parte D] en un plazo de *[insert length of plan grace period]*. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía de la parte D] dentro del plazo establecido, comuníquese con Servicios para los miembros para que le recomendemos programas que lo ayuden a pagar la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa]. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

Si cancelamos su membresía porque no pagó su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía de la Parte D], Original Medicare le brindará su cobertura médica.

[*MA-PD plans insert:* Si cancelamos su membresía en el plan porque no pagó su [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multapor inscripción tardía de la Parte D], y no tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta, entonces posiblemente 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, usted tendrá la opción de inscribirse en un plan de medicamentos con receta independiente o en un plan de salud que también ofrezca cobertura para medicamentos. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos “acreditable”, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).][*Insert if applicable:* En el momento en que cancelemos su membresía, nos seguirá debiendo [*plans with a premium insert:* las primas] [*plans without a premium insert:* la multa] que no pagó. *[Insert one or both statements as applicable for the plan:* Tenemos derecho a solicitar el pago del monto de [*plans with a premium insert:* las primas] [*plans without a premium insert:* la multa] que usted adeuda. *AND/OR* En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.]

Si considera que su membresía fue cancelada por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. [*Insert as applicable:* La Sección 10 *OR* La Sección 7], [*insert as applicable:* del Capítulo 9 *OR* del Capítulo 7] de este folleto le indica cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al [*insert* *phone number*] de [*insert* *hours of operation*]. Los usuarios de TTY deben llamar al [*insert* *TTY number*]. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

#### Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

**No.** [*Plans with no premium replace next sentence with the following:* No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año.] No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

*[MA-only plans: delete this paragraph]* No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser 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 recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre la “Ayuda adicional”*.*

[*MA-PD plans with no premium replace paragraph above with the following:* Sin embargo, en algunos casos, puede necesitar comenzar a pagar o puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía se puede aplicar si hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvo una cobertura para medicamentos con receta “acreditable”.) Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año:

* Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
* Si pierde su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda adicional”), estará sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez se quedó sin cobertura acreditable durante 63 días o más.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.]

### SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

#### Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted

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

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan [*insert as appropriate:* incluidos el proveedor de atención primaria/grupo médico/Asociación de Prácticas Independientes (IPA)].

Los médicos, hospitales [*insert if applicable:*, farmacéuticos] y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios** [*insert if applicable:* **y los medicamentos**] **que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

[*Non-network PFFS delete paragraph above and replace with:* Utilizamos la información de su registro de miembro para brindar su cobertura y coordinar sus beneficios con otro seguro que usted tenga. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.]

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

* Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
* Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
* Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
* Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
* Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura [*insert if applicable:* o que no pertenecen a la red].
* Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
* Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). *[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 se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas [*insert if applicable:* y para medicamentos]de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

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

#### Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud personal, consulte la Sección 1.4 del [*insert as applicable:* Capítulo 8 *OR* Capítulo 6] de este folleto.

### SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

#### Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

* Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
* Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
* Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
* Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
* Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura, generalmente, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

* Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
* Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
* Beneficios de pulmón negro
* Compensación laboral

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

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y  
recursos importantes

## Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2018 plan name]* (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan) 32

SECCIÓN 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 39

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 41

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) 42

SECCIÓN 5 Seguro Social 43

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) 44

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 45

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 49

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador? 50

### SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2018 plan name]* (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de *[insert 2018 plan name]*. Con gusto lo ayudaremos.

| Método | Servicios para los miembros: Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para 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 A** | *[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 cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre atención médica

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

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

| Método | Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para 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 A** | *[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 para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte [*insert as applicable:* el Capítulo 7 *OR* el Capítulo 9] *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*.

| Método | Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para 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 A** | *[Insert address][Note: If you have a different address for accepting expedited appeals, also include that address here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Optional: Insert URL]* |

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte [*insert as applicable:* el Capítulo 7 *OR* el Capítulo 9] *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*.

| Método | Información de contacto para quejas sobre la atención médica |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para 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 A** | *[Insert address][Note: If you have a different address for accepting expedited grievances, also include that address here.]* |
| **SITIO WEB DE MEDICARE** | Puede presentar una queja sobre *[insert 2018 plan name]* directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. |

Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos con receta 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 el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta según el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para 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 A** | *[Insert address][Note: If you have different addresses for accepting standard and expedited coverage determinations, include both addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D

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

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para 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 A** | *[Insert address][Note: If you have different addresses for accepting standard and expedited appeals, include both addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

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

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | Información de contacto para presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para 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 A** | *[Insert address][Note: If you have different addresses for accepting standard and expedited grievances, include both addresses here.]* |
| **SITIO WEB DE MEDICARE** | Puede presentar una queja sobre *[insert 2018 plan name]* directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. |

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica [*insert if applicable:* o de un medicamento] que recibió

Para obtener más información sobre las situaciones en las que puede que necesite solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos* [*insert if applicable: o medicamentos*] *cubiertos*).

**Tenga en cuenta lo siguiente:** si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*.

*[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 | Información de contacto para solicitudes de pago |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para 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 A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

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

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

| Método | Información de contacto de Medicare |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227  Las llamadas a este número son gratuitas.  Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 1-877-486-2048  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)  Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare.Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.  El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:   * **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. * **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.   También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de *[insert 2018 plan name]*:   * **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre *[insert 2018 plan name]* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.   Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). |

### SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre 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 de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. *[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:* A continuación, encontrará una lista de los Programas estatales de asistencia en seguros de salud en cada estado en los que atendemos:] *[Multiple-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state]*, el SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del *[Insert state-specific SHIP name]* pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarle a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del *[Insert state-specific SHIP name]* también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

| Método | [*Insert state-specific SHIP name] [If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* Información de contacto (del SHIP de *[insert state name]*)] |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (“Organización para la mejora de la calidad”) 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.]*

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. *[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:* A continuación, encontrará una lista de las Organizaciones para la mejora de la calidad en cada estado en los que atendemos:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state]*, la Organización para la mejora de la calidad se llama *[insert state-specific QIO name]*.

*[Insert state-specific QIO name]* está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. *[Insert state-specific QIO name]* es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con la *[insert state-specific QIO name]*:

* Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
* Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
* Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

| Método | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* Información de contacto (de la Organización para la mejora de la calidad de *[insert state name]*)] |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the QIO uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

*[MA-only plans, omit]* El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

| Método | Información de contacto del Seguro Social |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-800-772-1213  Las llamadas a este número son gratuitas.  El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.  Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas. |
| **TTY** | 1-800-325-0778  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas.  El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. |
| **SITIO WEB** | <https://www.ssa.gov/> |

### SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of agency names, phone numbers, days and hours of operation, 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 conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

* **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
* **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
* **Persona que reúne los requisitos (Qualified Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
* **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre 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:* Información de contacto (del programa Medicaid de *[insert state name*])] |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

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

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

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

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

Las personas con recursos e ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la “Ayuda adicional”. Algunas personas reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional” en forma automática y no necesitan presentar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional” en forma automática.

Usted puede obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

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

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

* *[Note: Insert plan’s process for allowing beneficiaries to request assistance with obtaining best available evidence, and for providing this evidence.]*
* Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior 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:* En Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, las Islas Mariana del Norte y Samoa Americana existen programas que ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de Medicare. Los programas en estas áreas pueden variar. Comuníquese con la Oficina de Asistencia Médica (Medicaid) local para conocer más sobre sus normas (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana y diga “Medicaid” para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) para obtener más información.]

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuento para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos de los fabricantes de medicamentos de marca para las personas inscritas en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período de sin cobertura y no estén recibiendo la “Ayuda adicional”. Para los medicamentos de marca, el descuento del 50 % que brindan los fabricantes no incluye ningún costo de suministro en el período sin cobertura. Los inscritos pagan el 35 % del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (10 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, el plan paga el 56 % del precio por los medicamentos genéricos y usted paga el 44 % restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (56 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. Además, el costo de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

[*Insert if the plan offers additional coverage in the gap:* El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare se encuentra disponible en todo el país. Debido a que *[insert 2018 plan name]* ofrece cobertura adicional durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo, en ocasiones, serán inferiores a los costos aquí mencionados. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa del período sin cobertura.]

[*Insert if the plan does not have a coverage gap:* El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare se encuentra disponible en todo el país. Debido a que *[insert 2018 plan name]* no tiene un período sin cobertura, los descuentos descritos aquí no aplican a usted.

En su lugar, el plan sigue cubriendo sus medicamentos al costo compartido regular hasta que califique para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 5 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.] Si tiene alguna pregunta sobre la posibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando, o acerca del Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono aparecen impresos en la portada posterior de este folleto).

**¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?**

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

Si está inscrito en un Programa estatal de asistenciafarmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), aún conservará el 50 % de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 10 % de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El 50 % de descuento y el 10 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

**¿Qué ocurre si tiene cobertura del 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 que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta del *[insert State-specific ADAP information]*. Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente.

Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D 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 ocurre si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta? ¿Obtiene los descuentos?**

No. Si recibe “Ayuda adicional”, usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos con receta durante la Etapa del período sin cobertura.

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

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el 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 contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de 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 sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para 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:* A continuación encontrará una lista de los Programas estatales de asistencia farmacéutica en cada estado en los que atendemos:] *[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 se llama *[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:* Información de contacto (del Programa estatal de asistencia farmacéutica de *[insert state name*])] |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SPAP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal.

| Método | Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-877-772-5772  Las llamadas a este número son gratuitas.  Disponible de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 3:30 p.m.  Si tiene un teléfono de tonos, tendrá a su disposición información grabada y servicios automatizados durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados. |
| **TTY** | 1-312-751-4701  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número *no* son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | <https://secure.rrb.gov/> |

### SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

*[Plans without Part D coverage delete this paragraph]* Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo**.El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan  
para obtener servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 53

Section 1.1 ¿Qué *son* [*for partial or full network PFFS insert:* los “proveedores de la red” y] los “servicios cubiertos”? 53

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan 53

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica 56

Sección 2.1 Cómo puede obtener atención de proveedores de la red 56

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante un desastre 57

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica 57

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios 59

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 59

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 60

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos 60

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total 60

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 61

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 61

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? 62

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica” 63

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica? 63

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan? 64

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos 64

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 64

### SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener la cobertura de atención médica. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

* Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
* [*Partial or full network PFFS plans insert:*Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica 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 normas que debe seguir para obtener servicios cubiertos a través de los proveedores de nuestra red.]
* Los “**servicios cubiertos**” incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

#### Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, *[insert 2018 plan name]* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

*[Insert 2018 plan name]* cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

* **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
* **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
* **Puede recibir la atención de un proveedor de los Estados Unidos que (1) acepte los términos y condiciones de pago de nuestro plan antes de brindarle servicios y que (2) sea elegible para prestar servicios conforme al plan Original Medicare** [*Insert if applicable:* o elegible para que *[insert 2018 plan name]* pague los beneficios que no están cubiertos por Original Medicare].
* [*For non-network PFFS plans:* El plan privado de pago por servicio de Medicare Advantage funciona de manera distinta del plan complementario de Medicare (Medigap). El proveedor no está obligado a aceptar los términos y condiciones de pago del plan y, por lo tanto, puede optar por no brindarle tratamiento, salvo en casos de emergencia. Si su proveedor no acepta nuestrop términos y condiciones de pago, puede optar por no brindarle a usted los servicios de atención médica, excepto en caso de emergencia. Si esto ocurriera, deberá buscar otro proveedor que acepte nuestros términos y condiciones de pago. Los proveedores pueden encontrar los términos y condiciones de pago del plan en nuestro sitio web en: *[insert link to PFFS terms and conditions of payment.]*]
* [*For full and partial network PFFS plans:* El plan privado de pago por servicio de Medicare Advantage funciona de manera distinta del plan complementario de Medicare (Medigap). Contamos con proveedores de la red (es decir, proveedores que han firmado contratos con nuestro plan) para [*full network PFFS plan insert:* todos los servicios cubiertos por Original Medicare] *[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 forma parte de los proveedores de nuestra red, entonces el proveedor no está obligado a aceptar los términos y condiciones de pago del plan y puede optar por no brindarle servicios de atención médica, salvo en casos de emergencia. Si esto ocurriera, deberá buscar otro proveedor que acepte nuestros términos y condiciones de pago. Los proveedores pueden encontrar los términos y condiciones de pago del plan en nuestro sitio web en: *[insert link to PFFS terms and conditions of payment]*.]
* Se considera que un proveedor ha aceptado los términos y las condiciones de pago cuando sabe que usted es miembro de *[insert 2018 plan name]* antes de brindarle los servicios (por ejemplo: si usted le mostró su tarjeta de membresía del plan), el proveedor tuvo acceso razonable a nuestros términos y condiciones de pago, y el proveedor le brindó servicios cubiertos. No es una condición que el proveedor haya leído realmente los términos y condiciones de pago. Si el proveedor tuvo la oportunidad de leerlos y lo trata, la ley considera que este proveedor aceptó los términos y condiciones de pago del plan para esa consulta específica.
* Debe mostrar su tarjeta de miembro del plan cada vez que consulte a un proveedor. En cada consulta, el proveedor puede decidir si acepta los términos y condiciones de nuestro plan y tratarlo. El proveedor no puede cambiar de opinión respecto de si acepta los términos y condiciones de pago después de prestar los servicios.
* No todos los proveedores aceptan los términos y condiciones de pago de nuestro plan o aceptan tratarlo. El proveedor que decide no aceptar los términos y condiciones de pago de nuestro plan no debería brindarle servicios, excepto en casos de emergencia. Puede ponerse en contacto con nosotros al *[insert contact information that includes at least a phone number]* para obtener ayuda para encontrar otro proveedor en su área que acepte los términos y condiciones de pago de nuestro plan.
* Si necesita atención de emergencia, la atención está cubierta, independientemente de si el proveedor acepta las condiciones de pago del plan.
* [*Partial and full network PFFS plans insert:* Nuestro plan ha firmado contratos con algunos proveedores para ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Estos proveedores forman parte 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 Original Medicare *[indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]*. Sin embargo, puede seguir recibiendo servicios cubiertos de proveedores fuera de la red (aquellos que no tengan un contrato firmado con nuestro plan), siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan, según se describe 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]*. Sin embargo, puede seguir recibiendo servicios cubiertos de proveedores que no pertenezcan a la red (aquellos que no tengan un contrato firmado con nuestro plan), siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan, según se describe anteriormente en esta sección. Para servicios para los que no haya proveedores de la red disponibles, usted puede recibir servicios cubiertos de cualquier proveedor que acepte los términos y condiciones de pago de nuestro plan, según 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:* El monto de los costos compartidos que paga a un proveedor que no pertenece a nuestra red puede ser superior al costo compartido que debe pagar a un proveedor de la red. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este folleto, indicamos los servicios para los cuales la cantidad de costo compartido que usted paga difiere entre los proveedores de redes y proveedores fuera de la red.]

* **Usted debe pagar únicamente el monto del copago o coseguro que nuestro plan permite en el momento de la consulta.** Debe pedirle al proveedor que le facture sus servicios cubiertos al plan. Si el proveedor le pide que pague el monto total de los servicios y luego nos envía la factura o una copia de la factura para que se le reembolse el dinero, recuérdele que usted es responsable solo por el monto del costo compartido. Si el proveedor desea obtener más información sobre el pago de servicios cubiertos, dígale que puede ponerse en contacto con nosotros al *[Note: insert instructions that include a phone number and mailing address]*.
* [*Full and partial network PFFS plans insert:* Nuestro plan pagará todos los servicios que reciba de un proveedor de la red (incluidos los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red cuando sea derivado a ese proveedor por el plan o un proveedor de la red). Si decide ir a un proveedor fuera de la red que acepta los términos y condiciones de pago de nuestro plan por su cuenta, usted y el proveedor tienen derecho a solicitar una decisión de cobertura por escrito por parte nuestra antes de recibir el servicio con el fin de confirmar que el servicio es médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, sea pagado por nuestro plan.[*Insert as applicable:* En el Capítulo 7 *OR* En el Capítulo 9] encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado.]
* [*Non-network PFFS plans insert:* Si recibe servicio de un proveedor que acepta los términos y condiciones de pago de nuestro plan por su cuenta, usted y el proveedor tienen derecho a solicitar una decisión de cobertura por escrito por parte nuestra antes de recibir el servicio con el fin de confirmar que el servicio sea médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, lo pague nuestro plan. [*Insert as applicable:* En el Capítulo 7 *OR* En el Capítulo 9] encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado.]
* *[Insert 2018 plan name]* no requiere que los miembros ni sus proveedores obtengan una remisión o autorización previa de nuestro plan como condición para cubrir los servicios médicamente necesarios cubiertos por nuestro plan. Conforme al régimen de autorización previa, un plan requiere que los miembros o proveedores soliciten autorización del plan antes de obtener servicios. No existe tal requisito para nuestros miembros. Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba.

### SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica

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

#### Sección 2.1 Cómo puede obtener atención de proveedores de la red

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

¿Qué sucede si un proveedor de la red deja de participar en el plan?

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

* A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
* Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
* Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
* Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
* Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
* Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

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

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

#### Sección 3.1 Cómo puede 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 debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una "emergencia médica" es cuando usted cree que tiene una lesión o enfermedad que requiere atención médica inmediata para prevenir una discapacidad o la muerte. Una emergencia médica puede incluir dolor intenso, una lesión grave, una enfermedad repentina o una afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

* **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* necesita obtener la aprobación previa de nuestro plan.
* [*Plans add if applicable:* **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, 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 cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de 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]*. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

*[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 se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Si usted decide recibir atención de seguimiento del proveedor que lo trata, debería informarle sobre su cobertura tan pronto como sea posible y mostrarle su tarjeta de identificación de membresía del plan. El plan pagará todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por el plan y prestados por el proveedor, y la atención médica que no es de emergencia que reciba de cualquier proveedor en los Estados Unidos que acepta los términos y condiciones de pago de nuestro plan y es elegible para prestar servicios conforme a Original Medicare.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

#### Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

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

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. [*Network or partial network PFFS plans add the following*: Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.] La enfermedad imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tenga.

¿A qué proveedores puede recurrir para obtener atención ante una necesidad urgente de recibir atención?

[*Network or partial network PFFS plans insert:* Cubrimos la necesidad de recibir servicios de urgencia con algún proveedor de la red o cualquier proveedor fuera de la red que esté dispuesto a prestar los servicios como proveedor considerado.]

[*Non-network PFFS plans insert:* Cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor que esté dispuesto a brindar servicios considerado como proveedor.]

*[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 atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

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

Generalmente, si no puede consultar a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

#### Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le correspondía por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] *(Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos [insert if applicable: o medicamentos cubiertos]*) para obtener información sobre qué debe hacer.

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

*[Insert 2018 plan name]* cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen conforme a las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que el Plan no cubre.

[*Full and partial network PFFS plans insert:* Nuestro plan pagará todos los servicios que reciba de un proveedor de la red (incluidos los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red cuando sea derivado a ese proveedor por el plan o un proveedor de la red). Si decide ir a un proveedor fuera de la red que acepta los términos y condiciones de pago de nuestro plan por su cuenta, usted y el proveedor tienen derecho a solicitar una decisión de cobertura por escrito por parte nuestra antes de recibir el servicio con el fin de confirmar que el servicio es médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, sea pagado por nuestro plan.]

[*Non-network PFFS plans insert:* Si recibe servicio de un proveedor que acepta los términos y condiciones de pago de nuestro plan por su cuenta, usted y el proveedor tienen derecho a solicitar una decisión de cobertura por escrito por parte nuestra antes de recibir el servicio con el fin de confirmar que el servicio sea médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, lo pague nuestro plan.]

Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

[*Insert as applicable:* En el Capítulo 7 *OR* En el Capítulo 9] *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*, encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la portada posterior de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio 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.]* Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar a Servicios para los miembros.

### SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “estudio clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan]debe aprobar el estudio de investigación. Si 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 de pagar todos los costos de 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]apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio, *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan *[plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence]* ni su PCP lo aprueben. *[Non-network PFFS plans: Omit the following sentence]* *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

#### Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

* Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
* Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
* El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan.

*A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

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

* Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
* Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, en forma gratuita.
* Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las CT mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”

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

Una institución religiosa de atención médica no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

#### Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que “no exceptuado”.

* La atención o el tratamiento médicos “no exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
* La atención o el tratamiento médicos “exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

* La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
* La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
* Si obtiene servicios de esta institución en un centro, [*insert as applicable:* se aplican las siguientes condiciones *OR* se aplica la siguiente condición]:
* Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
* *[Omit this bullet if not applicable] Y* debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque, 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 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

#### Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

*[Plans that allow transfer of ownership of certain DME items to members must modify this section to explain the conditions under which and when the member can own specified DME.]*

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de *[insert 2018 plan name]*, [*insert if the plan sometimes allows ownership:* generalmente], no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan. [*Insert if your plan sometimes allows transfer of ownership for items other than prosthetics*: En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.] [*Insert if your plan never transfers ownership (except as noted above, for example, for prosthetics):* Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no tendrá la posesión, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por dicho artículo siendo miembro de nuestro plan.]

¿Qué sucede con los pagos que realizó por los equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para el artículo en Original Medicare para obtener la posesión. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios médicos  
(lo que está cubierto   
y lo que le corresponde pagar)

## Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 68

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 68

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan? 69

Sección 1.3 Nuestro plan [insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2: también] tiene un deducible [insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2: deducible aparte] para ciertos tipos de servicios 69

Sección 1.4 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B Medicare]? 70

Sección 1.5 Nuestro plan también limita los costos que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios 71

Sección 1.6 ¿De qué manera la "facturación de saldos" afecta sus costos? 72

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 73

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 73

Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede comprar 106

Sección 2.3 Cómo obtener atención con los beneficios opcionales para visitantes/viajeros de nuestro plan 107

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 107

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 107

### SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de *[insert 2018 plan name]*. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. [*Insert if applicable:* También se detallan 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 que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

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

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

* El **“deducible”** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. [*Insert if applicable:* (La Sección 1.2 brinda más información acerca del deducible del plan).] [*Insert if applicable:* (La Sección 1.3 brinda más información acerca de sus deducibles para ciertas categorías de servicios).]
* El **“copago”** es un monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
* El **“coseguro”** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre 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 saldos”:** una situación en la que un proveedor, como un médico o el hospital, le cobra y le factura al paciente hasta el 15 % más que el monto de pago del plan para los servicios. El monto de la “facturación de saldos” se cobra junto con el monto del costo compartido habitual del paciente. [*Plans that prohibit balance billing insert: [Insert 2018 plan name]* no permite que los proveedores que prestan servicios cubiertos facturen los saldos a los miembros de nuestro plan.](Para obtener más información, consulte la Sección 1.6 de este capítulo).

Algunas personas reúnen los requisitos para participar en programas estatales de Medicaid que los ayudan a pagar los costos que pagan de su bolsillo por los servicios de Medicare. (Estos “Programas de ahorros de Medicare” incluyen los siguientes: Beneficiario calificado de Medicare [QMB], Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico [SLMB], Persona que reúne los requisitos [QI] y Trabajador discapacitado calificado [QDWI]). Si está inscrito en uno de estos programas, es posible que igualmente deba pagar el copago del servicio, conforme a las normas que se apliquen en su estado.

#### Sección 1.2 ¿Cuál 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 de *[insert deductible amount]*. Este es el monto que tiene que pagar de su bolsillo antes de que paguemos la parte que nos corresponde de sus servicios médicos cubiertos. Hasta que haya pagado el monto del deducible, deberá pagar el costo total por los servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte [*insert as applicable:* (su copago) *OR* (su monto de coseguro) *OR* (su copago o monto de coseguro)] durante 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 parte de los costos de estos servicios, incluso si usted todavía no ha pagado su deducible. El deducible no se 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 Section 1.2:* también] tiene un deducible [*insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* deducible aparte] 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 Section 1.2:* Además del deducible del plan que se 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 Section 1.2 was therefore omitted:* Tenemos un deducible para determinados tipos de servicios.]

[*Insert if plan has one service category deductible:* El plan tiene un monto de deducible de *[insert service category deductible]* para *[insert service category]*. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total por *[insert service category]*. Una vez que haya pagado el deducible, pagaremos la parte que nos corresponde de los costos de estos servicios y usted pagará ([*insert as applicable:* su copago *OR* el monto del coseguro *OR* su copago o el monto del coseguro]) durante el resto del año calendario.] [*Insert if applicable:* El deducible del plan y el deducible para *[insert service category]* se aplican a su *[insert service category]* cubierto. Esto significa que una vez que cumple con *ya sea* el deducible del plan *o* el deducible para *[insert service category]*, comenzaremos 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 cuenta con un monto del deducible para los siguientes tipos de servicios:

* [*Plans should insert a separate bullet for each service category deductible:* Nuestro monto de deducible para *[insert service category]* es *[insert service category deductible].* Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total por *[insert service category]*. Una vez que haya pagado el deducible, pagaremos la parte que nos corresponde de los costos de estos servicios y usted pagará ([*insert as applicable:* su copago *OR* el monto del coseguro *OR* su copago o el monto del coseguro]) durante el resto del año calendario. [*Insert if applicable:* El deducible del plan y el deducible para *[insert service category]* se aplican a su *[insert service category]* cubierto. Esto significa que una vez que cumple con *ya sea* el deducible del plan *o* el deducible para *[insert service category]*, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de su *[insert service category]* cubierto.]]

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

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

Como miembro de *[insert 2018 plan name],* el monto máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] en 2018 es *[insert MOOP].* Los montos que usted paga por [*insert applicable terms:* los deducibles, los copagos y el coseguro] por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga 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 usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. [*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que gasta de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos.])Si llega al monto máximo que paga de su bolsillode *[insert MOOP]*, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B]. Sin embargo, debe seguir pagando [*insert if plan has a premium:* su prima del plan y] la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

#### Sección 1.5 Nuestro plan también limita los costos que paga 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 del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos [*insert as applicable:* de la Parte A y la Parte B] (consulte la Sección 1.4 arriba), también existe un monto máximo separado que paga de su bolsillo que se aplica solo a ciertos tipos de servicios.

[*Insert if plan has one service category MOOP:* El plan tiene un monto máximo que paga de su bolsillo de *[insert service category MOOP]* para *[insert service category]*. Una vez que haya pagado *[insert service category MOOP]* de su bolsillo por *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo alguno para usted por el resto del año calendario.] [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* El monto máximo que paga de su bolsillo por [*insert as applicable:* todos los servicios médicos cubiertos *OR* los servicios médicos de la Parte A y la Parte B] y el monto máximo que paga de su bolsillo para *[insert service category]* se aplican para su *[insert service category]* cubierto. Esto significa que una vez que ha pagado *[insert MOOP]* por [*insert as applicable:* todos los servicios médicos cubiertos *OR* los servicios médicos de la Parte A y la Parte B] *or* *[insert service category OOP max]* para su *[insert service category]*, el plan cubrirá su *[insert service category]* sin costo alguno para usted durante el resto del año.]

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

* [*Plans should insert a separate bullet for each service category MOOP:* Nuestro monto máximo que paga de su bolsillo para *[insert service category]* es *[insert service category MOOP]*.Una vez que haya pagado *[insert service category MOOP]* de su bolsillo por *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo alguno para usted por el resto del año calendario.] [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* El monto máximo que paga de su bolsillo por [*insert as applicable:* todos los servicios médicos cubiertos *OR* los servicios médicos de la Parte A y la Parte B] y el monto máximo que paga de su bolsillo para *[insert service category]* se aplican para su *[insert service category]* cubierto. Esto significa que una vez que ha pagado *[insert MOOP]* por [*insert as applicable:* todos los servicios médicos cubiertos *OR* los servicios médicos de la Parte A y la Parte B] *or* *[insert service category OOP max]* para su *[insert service category]*, el plan cubrirá su *[insert service category]* sin costo alguno 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 un proveedor puede cobrarle solo los montos del costo compartido del plan, pero no puede cobrarle ni facturarle más por los servicios. Los proveedores que prestan servicios cubiertos por el plan a miembros de *[insert 2018 plan name]* tienen prohibida la facturación de saldos.]

[*Insert this paragraph if plan allows balance billing:* Además de cobrar los montos de costo compartido del plan a los miembros de *[insert 2018 plan name]*, los proveedores pueden “facturar el saldo” a los miembros por hasta el *[insert balance billing amount of 15 or less]* % del monto de pago total del plan por servicios. *[If balance billing is allowed only for certain services, indicate so and list those services.]* Nota: Si está inscrito en un programa de Medicaid del estado y se lo exime del costo compartido de Medicare, *[insert 2018 plan name]* no le permite al proveedor que le facture el saldo a usted.]

[*Insert this paragraph if the plan allows hospitals to balance bill:* Los hospitales que desean facturar el saldo deben enviarle un aviso antes de proporcionar cualquier servicio hospitalario para el que su monto de facturación de saldo pudiera ser superior a $500. El aviso debe incluir la siguiente información:

1. Un aviso de que la facturación de saldo está permitida para esos servicios.
2. Un cálculo de buena fe del monto probable de facturación de saldo en función de su afección.
3. Y el monto de cualquier deducible, coseguro y copago que usted pueda tener que pagar además del monto de facturación de saldo.]

[*Insert if applicable*: Los proveedores también deben enviarle un aviso de su monto de costo compartido estimativo para los siguientes servicios: *[describe type(s) of service and cost-sharing threshold for providing a notice]*.]

Existe un tipo adicional de facturación de saldos que los médicos que no participan con Medicare y que no se encuentran en la red del plan tienen derecho a cobrar. Sin embargo, nunca tendrá que pagar este tipo de facturación de saldos. El proveedor nos cobrará este monto de la facturación de saldos y usted solo pagará su monto del costo compartido. Si tiene preguntas sobre cuánto debería pagarle a un proveedor, póngase en contacto con el Servicio para los miembros (los números de teléfono están en la portada posterior de este folleto).

### SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

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

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que *[insert 2018 plan name]* cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

* Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
* Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
* No se requiere autorización o notificación previa o remisión como una condición de cobertura cuando se brindan a nuestros miembros servicios médicamente necesarios y cubiertos por el plan.
* [*Insert as applicable:* Es posible que también le cobremos "cargos administrativos" por faltar a una consulta o por no pagar el costo compartido requerido al momento del servicio. Llame a Servicios para los miembros si tiene preguntas sobre estos cargos administrativos. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).]

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

* Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos.* (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2018* (Medicare y Usted 2018). También puede consultarlo en línea en [https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
* Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. [*Insert as applicable:* Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección médica existente.]
* A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2018, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

**Apple icon.** Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla 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 must insert the 2017 Medicare amounts with a note explaining that these amounts may change in 2018, and the plan will provide updated rates as soon as Medicare releases them. Member cost-sharing amounts may not be left blank.*
* *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 Section 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 cubiertos | | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios | |
| --- | --- | --- | --- |
| Apple icon. Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal  Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica. *[Also list any additional benefits offered.]* | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva. | |
| Servicios de ambulancia   * Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de transporte aéreo de ala fija y rotatoria y terrestre al centro adecuado más cercano que pueda proveer el cuidado solo si se brindan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y si están autorizados por el plan. * El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. | | *[List copays / coinsurance / deductible. Specify whether cost-sharing applies one-way or for round trips.]* | |
| Apple icon. Consulta anual de bienestar  Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año.  **Nota**: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar. | |
| Apple icon. Medición de la masa ósea  Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario:procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. | |
| Apple icon. Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)  Los servicios cubiertos incluyen:   * Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. * Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. * Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.   *[Also list any additional benefits offered.]* | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas. | |
| Servicios de rehabilitación cardíaca  Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una [*insert as appropriate:* remisión *OR* orden] del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Apple icon. Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)  Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares. | |
| Apple icon. Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares  Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).  *[Also list any additional benefits offered.]* | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada cinco años. | |
| Apple icon. Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina  Los servicios cubiertos incluyen:   * Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses * Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou y está en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses   *[Also list any additional benefits offered.]* | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. | |
| Servicios de quiropráctica  Los servicios cubiertos incluyen:   * [*If the plan only covers manual manipulation, insert:* Solo cubrimos la]Manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones.   *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Apple icon. Prueba de detección de cáncer colorrectal  Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:   * Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses.   Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:   * Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT) * Prueba inmunoquímica fecal (Fecal immunochemical test, FIT)   Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años  Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:   * Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses.   Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:   * Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.   *[Also list any additional benefits offered.]* | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta 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 odontológicos  En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos:  *[List any additional benefits offered, such as routine dental care.]* | | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Apple icon. Prueba de detección de depresión  Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y tratamiento de seguimiento.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión. | |
| Apple icon. Prueba de detección de diabetes  Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.  Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. | |
| Apple icon. Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos  *[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 padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen:   * Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. * Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. * La capacitación para lograr un autocontrol de la enfermedad está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos.   *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados  (Encontrará una definición de “equipos médicos duraderos” en el [*insert as applicable:* Capítulo 10 *OR* Capítulo 12] de este folleto).  Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.  [*Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. [*Insert as applicable*: Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores de DME en el sobre con este folleto.]La lista más actualizada de proveedores [*insert as applicable*: también] está disponible en nuestro sitio web *[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 DME de *[insert 2018 plan name]*. La lista indica las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. [*Insert as applicable*: Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores de DME en el sobre con este folleto]. También puede acceder a esta lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web *[insert URL]*.  Generalmente, *[insert 2018 plan name]* cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de *[insert 2018 plan name]* y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión).  Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección médica. (Para obtener más información, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*.] | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Atención de emergencia  La atención de emergencia hace referencia a los servicios que:   * son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y * son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.   Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.  [*Plans with a network insert*: Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.]  *[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is only covered within the U.S. as required or whether emergency care is also available as a supplemental benefit that provides world-wide emergency/urgent coverage.]* | | | *[List copays / coinsurance/. If applicable, explain that cost-sharing is waived if member admitted to hospital.]* |
| Apple icon. Programas educativos sobre 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 auditivos  Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su [*insert as applicable:* PCP *OR* proveedor] para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un 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. Prueba de detección de VIH  Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:   * Una prueba de detección cada 12 meses.   Para mujeres embarazadas, cubrimos:   * Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.   *[Also list any additional benefits offered.]* | | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare. |
| Atención médica a domicilio  *[If needed, plans may revise language related to the doctor certification requirement.]* Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.  Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * Servicios médicos y sociales. * Equipos y suministros médicos. | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Atención en un hospicio  Es posible que reciba atención a través 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 diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Los servicios cubiertos incluyen:   * Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. * Atención de alivio a corto plazo. * Atención a domicilio. | | | Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Original Medicare, y no *[insert 2018 plan name]*. |
| Atención en un hospicio (continuación)  Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra.  Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, [*non-network PFFS plans, insert:* usted paga el costo compartido del plan por los proveedores considerados.[*network PFFS plans insert:* el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:   * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido del plan por los proveedores considerados.]   Para los servicios cubiertos por *[insert 2018 plan name]* pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: *[insert 2018 plan name]* seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.  Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios 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 la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)*.  **Nota:** si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Obtener atención médica que no sea de hospicio a través de los proveedores de la red reducirá su parte de los costos por el servicio.  [*Insert if applicable, edit as appropriate:* Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.] | | | *[Include information about cost-sharing for hospice consultation services if applicable.]* |
| Apple icon.Inmunizaciones  Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:   * Vacuna contra la neumonía. * Vacunas antigripales una vez por año, en el otoño o el invierno. * Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. * Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare.   *[MA-only plans, delete]* También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B. |
| Atención hospitalaria para pacientes internados  Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.  [List days covered and any restrictions that apply.] Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) * Comidas, incluidas dietas especiales * Servicios de enfermería permanentes * Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) * Medicamentos * Análisis de laboratorio * Radiografías y otros servicios radiológicos * Suministros médicos y quirúrgicos necesarios * Uso de aparatos, como sillas de ruedas * Costos de la sala de operaciones y de recuperación * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje * Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados | | | *[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:* Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.] *[In addition, if applicable, explain all other cost-sharing that is charged during a benefit period.]* |
| Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)   * En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. [*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 servicio.Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran en un lugar alejado, puede elegir un lugar cerca o lejos, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si *[insert 2018 plan name]* brinda servicios de trasplante en un lugar alejado (fuera del área de servicio) y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.] *[Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.]* * Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Servicios médicos   **Nota:** para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.  También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf> o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de 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:* Por cada hospitalización, se cobra un deducible y/u otro costo compartido.]  *[If inpatient cost-sharing varies based on hospital tier, enter that cost-sharing in the data entry fields.]* |
| Atención de salud mental para pacientes internados   * Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. *[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:* Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios 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:* Por cada hospitalización, se cobra un deducible y/u otro costo compartido.]] |
| Hospitalización: Los servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta  *[Plans with no day limitations on a plan’s hospital or SNF coverage may modify or delete this row as appropriate.]*  Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios médicos * Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) * Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos * Vendajes quirúrgicos * Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones * Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos * Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. Terapia médica nutricional  Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una [*insert as appropriate:* remisión *OR* orden] del médico.  Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y dos horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la [*insert as appropriate:* remisión *OR* orden] de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la [*insert as appropriate:* remisión *OR* orden] todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | | No se aplican coseguros, copagos ni deducibles. |
| Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare  La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:   * Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio * Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan * Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia * Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano * Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento * Antígenos * Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas * Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis *[plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan]* (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) * Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias   *[MA-only plans delete the following paragraph]* El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6. | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua  Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad. |
| Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos  Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Radiografías * Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. *[List separately any services for which a separate copay/coinsurance applies over and above the outpatient radiation therapy copay/coinsurance.]* * Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes * Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones * Análisis de laboratorio * Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos. *[Plans can include other covered tests as appropriate.]* | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios hospitalarios para pacientes externos  Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.  Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos * Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital * Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención * Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital * Suministros médicos como entablillados y yesos * Servicios y pruebas de detección preventivos enumerados en esta tabla * Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar   **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.  También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf> o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Atención de salud mental para pacientes externos  Los servicios cubiertos incluyen:  Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de rehabilitación para pacientes externos  Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.  Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos  *[Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.]* | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios  **Nota:** si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de hospitalización parcial  La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. * Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. * Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su [*insert as applicable:* PCP *OR* especialista], si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. * [*Insert if the plan has a service area and providers/locations that qualify for telehealth services under the Medicare requirements:*Determinados servicios de telesalud, inclusive consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los 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. * Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)   *[Also list any additional benefits offered.]* | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de podiatría  Los servicios cubiertos incluyen:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). * Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.   *[Also list any additional benefits offered.]* | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. Pruebas de detección de cáncer de próstata  Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:   * Tacto rectal * Análisis del antígeno prostático específico (PSA)   *[Also list any additional benefits offered.]* | | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual. |
| Dispositivos protésicos y suministros relacionados  Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección). | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de rehabilitación pulmonar  Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen [*insert as appropriate:* una remisión *OR* una orden] del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol  Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes.  Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. |
| Apple icon. Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)  Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.  **Las personas inscritas elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos**: tener entre 55 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco por, al menos, 30 años por paquete; o ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.  *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* la persona inscrita debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT. | | |
| Apple icon. Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas  Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.  También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare. |
| Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. * Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). * Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). * Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). * Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. * Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). * Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”. | | | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)  (Encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada” en el [*insert as applicable:* Capítulo 10 *OR* Capítulo 12] de este folleto. que suele denominarse “SNF”).  *[List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) * Comidas, incluidas dietas especiales * Servicios de enfermería especializada * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla * Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre) * Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF * Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF * Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF * Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF * Servicios de médicos o profesionales | | | *[List copays / coinsurance / deductible. If cost-sharing is based on benefit period, include definition/explanation of BID approved benefit period here.]* |
| Apple icon. Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)  Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.  Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. |
| Servicios de urgencia  *[Full-network plans insert this row:]*  Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.  [*Plans with a network insert*: Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para esos servicios brindados 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. Atención de la vista  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. * Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, pagaremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. * Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética 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 de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita 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. Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”  El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.  **Importante:** cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. | | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. |

#### Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales 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 algunos beneficios adicionales que no son cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales son denominados “**Beneficios complementarios opcionales”.** Si usted desea acceder a estos beneficios complementarios opcionales, debe registrarse para ello [*insert if applicable:* y además es posible que tenga que pagar una prima adicional]. Los beneficios complementarios opcionales que se describen en [*insert as applicable:* esta sección *OR* el inserto adjunto] están sujetos a los mismos procesos de apelaciones 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 con los beneficios opcionales para visitantes/viajeros 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.*

Si se ausenta constantemente del área de servicio de nuestro plan por más de seis meses, generalmente debemos cancelar su inscripción en nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa de visitante/viajero como beneficio complementario *[specify areas* *where the visitor/traveler program is being offered],* que le permitirá inscribirse en nuestro plan cuando se encuentre fuera de nuestra área de servicio durante un plazo de hasta 12 meses. Este programa se encuentra disponible para todos los miembros de *[insert 2018 plan name]* que se encuentran temporalmente en el área del visitante/viajero. Con nuestro programa de visitante/viajero, puede recibir todos los servicios cubiertos del plan a un costo compartido dentro de la red. Comuníquese con el plan para obtener ayuda para ubicar un proveedor cuando utilice el beneficio de visitante/viajero.

Si se encuentra en el área de visitante/viajero, puede seguir inscrito en nuestro plan durante un plazo de hasta 12 meses. Si en 12 meses no ha regresado al área de servicio del plan, se cancelará su inscripción en el plan.]

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

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

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

La siguiente tabla enumera algunos servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. La única excepción es: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] de este folleto).

Todas las exclusiones y limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el 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 reorder the below excluded services alphabetically, if they wish. Plans may also add exclusions as needed.]*

| **Servicios no cubiertos por Medicare** | **No cubiertos en ninguna situación** | **Cubiertos solo en situaciones específicas** |
| --- | --- | --- |
| Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare | **checkmark** |  |
| Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.  Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica. |  | **checkmark**  Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan.  (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3). |
| Habitación privada en el hospital. |  | **checkmark**  Solo se cubre cuando es médicamente necesario. |
| Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor. | **checkmark** |  |
| Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar. | **checkmark** |  |
| \*El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un hogar de convalecencia, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. | **checkmark** |  |
| Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas. | **checkmark** |  |
| Los cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar. | **checkmark** |  |
| Cirugía o procedimientos cosméticos |  | **checkmark**  Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado.  Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica. |
| Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras. | **checkmark** |  |
| Atención odontológica que no sea de rutina. |  | **checkmark**  Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos. |
| Atención quiropráctica de rutina |  | **checkmark**  Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. |
| Cuidado de rutina de los pies |  | **checkmark**  Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare. Por ejemplo, si usted tiene diabetes. |
| Entrega de comidas a domicilio | **checkmark** |  |
| Zapatos ortopédicos |  | **checkmark**  Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético. |
| Dispositivos de apoyo para los pies |  | **checkmark**  Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. |
| Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos. | **checkmark** |  |
| Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, tratamiento de la vista y otros dispositivos de ayuda para baja visión. |  | **checkmark**  Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas. |
| Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados. | **checkmark** |  |
| Acupuntura | **checkmark** |  |
| Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos). | **checkmark** |  |

\*El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

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

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 114

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D 114

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D 115

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red [*insert if applicable:* o a través del servicio de pedido por correo del plan] 116

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red 116

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 116

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan 118

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 120

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan 121

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan 122

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 122

Sección 3.2 Hay *[insert number of tiers]* “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos 123

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 124

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 124

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 124

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 125

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 126

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 127

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera 127

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? 128

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? [Plans with a formulary structure (e.g., no tiers or defined standard coinsurance across all tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit Section 5.3] 130

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 131

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 131

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando? 132

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 133

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 133

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta 135

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro 135

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? 135

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 135

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía? 135

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)? 136

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados? 137

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? 137

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 138

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura 138

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) [*insert if plan has other medication management programs* y otros programas] para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 139

"" **¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?**

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. *OR* El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos.] Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

**¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse** *OR* **no se aplica**] **en su caso.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider]* [*insert as appropriate:* Hemos incluido *OR* Le enviamos] un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** En el próximo capítulo se describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*)*.*

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, *[insert 2018 plan name]* también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre,generalmente, los medicamentos que le dan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*) le informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta, ya sea hospitalaria o en un centro de atención de enfermería especializada, y sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas, y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?).* Para obtener información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección sobre hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

En la siguiente sección se describe la cobertura de sus medicamentos según las normas de los beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

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

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

* Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona que emite recetas) que escriba su receta.
* La persona que le da la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que demuestre que está calificada para escribir recetas. De lo contrario, se rechazará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que la llame o la visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona que le da la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
* Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento con receta 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)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos del plan”*).
* Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

### SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con 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 los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con 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 un costo compartido estándar, y farmacias que ofrecen un costo compartido preferido. Puede ir a cualquiera de estos tipos de farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos. Es posible que su costo compartido sea inferior en las farmacias con costo compartido preferido.]

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

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (*[insert URL]*) o llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. [*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its network:* Sin embargo, sus costos pueden ser incluso inferiores para los medicamentos cubiertos si utiliza una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido preferido en lugar de una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener más información sobre qué costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos, comuníquese con nosotros.] *[Plans in which members do not need to take any action to switch their prescriptions may delete the following sentence]* Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar [*insert if applicable:* que un proveedor le escriba una receta nueva o] que su receta se transfiera a la farmacia nueva de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. [*Insert if applicable:* O si la farmacia que estaba usando permanece en la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una nueva farmacia.] Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o buscar en el *Directorio de farmacias*. [*Insert if applicable:* También puede encontrar información en nuestro sitio web en *[insert website address].*]

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

* Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar. *[Plans may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros. *[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red. *[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

#### Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido 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 determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correoson medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.] [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de** **“pedido 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 de nuestro servicio de pedido por correo están marcados con asterisco en nuestra Lista de medicamentos.]

El servicio de pedido por correo del plan [*insert either:* permite *OR* requiere] que solicite [*insert either:****al menos* un suministro del medicamento para [XX] días y para *no más de* [XX] días** *OR* **hasta un suministro 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 pedido e] información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, *[insert instructions]*.

Por lo general, el pedido de una farmacia de pedido por correo le llegará en menos 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 “enviar” with “entregar” 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:*

**Nuevas recetas 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 pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.]

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

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

* Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
* O se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento *[insert instructions]*.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del 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 médicas de pedido por correo.** Para resurtidos, comuníquese con su farmacia *[insert recommended number of days]* días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.]

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

**Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo.** Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático [*optional: “*llamado a *insert name of auto refill program”*]. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado. Si opta por no usar un programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia *[insert recommended number of days]* días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa [*optional: insert name of auto refill program instead of “*nuestro programa*”*] que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.

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

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. *[Insert instructions on how enrollees should provide their communication preferences.]*]

#### Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

[*Insert if applicable:* Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor.] El plan ofrece [*insert as appropriate:* una forma *OR* dos formas] de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada). [*Insert if applicable:* Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista]

1. *[Delete if plan does not offer extended-day supplies through retail pharmacies.]* **Algunas farmacias minoristas** de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. [*Insert if applicable:* Algunas de estas farmacias minoristas [*insert if applicable:* (que ofrecen un costo compartido preferido)] [*insert if applicable:* posiblemente] aceptan [*insert as appropriate:* el costo compartido inferior *OR* el costo compartido del pedido por correo] para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento.] [*Insert if applicable:* Otras, tal vez, no acepten un costo compartido [*insert as appropriate:* inferior *OR* de pedido por correo] para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted deberá pagar la diferencia.] En el *Directorio de farmacias* se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.]* [*Insert as applicable:* Para determinados tipos de medicamentos, *OR* Usted], puede utilizar los **servicios de pedido 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 pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de** **“pedido 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 de nuestro servicio de pedido por correo están marcados con asterisco en nuestra Lista de medicamentos.] El servicio de pedido por correo del plan [*insert either:* permite *OR* requiere] que solicite [*insert either:* ***al menos* un suministro del medicamento para [XX] días y para *no más de* [XX] días *OR* hasta un suministro de [XX] días *OR* un suministro de [XX] días.**] Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

#### Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. [*Insert if applicable:* Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan.] Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de 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 estos casos, **primero consulte con Servicios para los miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviarla.**

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento *ya sea que:*

* Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
* *O bien*, esté avalado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX y USPDI o su sucesor. Para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero generalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

[*Insert if applicable:*

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).]

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

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

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

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

* *[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 saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido*.*

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

Hay *[insert number]* formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.[*Insert if applicable:* (Tenga en cuenta: la Lista de medicamentos que enviamos incluye información de los medicamentos cubiertos más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos impresa. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos).]
2. Visite el sitio web del plan (*[insert URL]*). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).
4. *[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the Drug List.]*

### SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

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

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual le ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y el costo compartido de los medicamentos.

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

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

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos 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

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. [*Insert as applicable:* **En la mayoría de los casos, cuando** OR **Cuando**] **está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor [*insert as applicable:* nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico *OR* ha escrito “sin sustitución” en la receta para un medicamento de marca *OR* nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto], entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**.” A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos pero igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **“tratamiento escalonado”**.

Cómo limitamos la cantidad de medicamento

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

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

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o visite nuestro sitio web (*[insert URL]*).

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

### SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

#### Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Esperamos que su cobertura para medicamentos funcione bien para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

* El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
* El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. *[Delete this sentence if plan does not have step therapy]* Por ejemplo, se le puede pedir que primero pruebe un medicamento distinto, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. *[Delete this sentence if plan does not have quantity limits]* También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]*El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los *[insert number of tiers]* diferentes niveles de costos compartidos. El monto que pague por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. *[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 el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede 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 sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

#### Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, esto es lo que puede hacer:

* Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
* Puede cambiar a otro medicamento.
* Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias,el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para calificar para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

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

* El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
* O bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

**2. Debe 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 los miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado y no están en un centro de atención a largo plazo (LTC):**

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 miembro nuevo en el plan y durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days)]* del año calendario si estuvo en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será para un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]*. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de hasta *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]* del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red.

**Para los miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC):**

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** **estuvo en el plan el año pasado**. El suministro total 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 su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para *[(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 atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

* **Para los que han sido miembros del plan por más de** *[****insert time period (must be at least 90 days)****]* **y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* de un medicamento particular, o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro de transición para atención a largo plazo.

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

Para pedir un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que 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 es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del Formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, usted podrá solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9explica qué hacer*.* Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

#### Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers or defined standard coinsurance across all tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit Section 5.3]*

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

Puede solicitar una excepción

Para medicamentos en el *[insert tier(s)]*, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9explica qué hacer*.* Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

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

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

#### Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

* **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
* *[Plans that do not use tiers may omit]* Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.
* **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
* **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

#### Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

¿Cómo saber si la cobertura de un medicamento ha cambiado?

Si hay alguna modificación en la cobertura *para un medicamento que está tomando*, el plan le enviará un aviso para comunicarle dicho cambio. Habitualmente, **le avisaremos, al menos, 60 días antes.**

De vez en cuando, algún medicamento **debe retirarse del mercado repentinamente** porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Le informaremos este cambio de inmediato. Su proveedor también estará enterado de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Si alguno de los siguientes tipos de cambios afecta a algún medicamento que esté tomando, el cambio no le afectará hasta el 1 de enero del próximo año si se mantiene en el plan:

* *[Plans that do not use tiers may omit]* Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
* Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
* Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos, pero no a causa de un retiro repentino del mercado ni debido a que ha sido sustituido por un medicamento genérico nuevo.

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma, entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente.

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

* Si un **medicamento de marca que está tomando es sustituido por un nuevo medicamento genérico**, el plan debe darle por lo menos 60 días de aviso o suministrarle un resurtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
* Durante este período de 60 días, usted debe trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
* O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y siga cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*
* Nuevamente, si un medicamento **debe retirarse del mercado repentinamente** porque se ha descubierto que no es seguro o por otras razones, el plan lo eliminará de inmediato de la Lista de medicamentos. Le informaremos este cambio de inmediato.
* Su proveedor también estará enterado de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.

### SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

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

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección [*insert if applicable:* (a menos que nuestro plan cubra ciertos medicamentos excluidos dentro de la cobertura para medicamentos mejorada)]. La única excepción es la siguiente: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre en la Parte D:

* La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
* Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
* En general, la cobertura del “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando esté sustentada por libros de referencia específicos. Estos libros de referencia son: American Hospital Formulary Service Drug Information, Sistema de Información DRUGDEX. Para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

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 detallados debajo, mediante la cobertura de medicamentos mejorada, para lo cual se le puede cobrar una prima adicional. A continuación se brinda más información).]

* Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
* Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
* Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
* Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
* Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
* Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject
* Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
* Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre (cobertura para medicamentos mejorada). *[Insert details about the excluded drugs your plan does cover, including whether you place any limits on that coverage.]* El monto que paga cuando obtiene un medicamento con receta para estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (En la Sección 7 del Capítulo 6 de este folleto, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).]

[*Insert if plan offers coverage for any drugs excluded under Part D:* Además, si está **recibiendo “Ayuda adicional” de parte de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el programa de Ayuda adicional no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. (Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para los miembros. Los números de teléfono para Servicios para los miembros están impresos en la portada posterior de este folleto). Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).]

[*Insert if plan does not offer coverage for any drugs excluded under Part D:* **Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos**, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).]

### SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

#### Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

#### Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

#### Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** cuando usted ingresa, reside o sale de un centro de atención de enfermería especializada, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cancelación de su membresía en el plan*, se explica cómo puede dejar de participar en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days)]*de su membresía. El suministro total será para 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 indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

Si usted ha sido miembro del plan por más de *[insert time period (must be at least 90 days)]* y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de 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 está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9explica qué hacer*.*

#### Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**,” quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

**Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable** porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la coberturaacreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios del empleador o grupo de jubilados o con el empleador o sindicato.

#### Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona que le emite la receta o por su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona que le emite la receta que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que surta su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D, Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), que ofrecen más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que usted debe pagar.

### SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

#### Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

* Posibles errores en los medicamentos.
* Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
* Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
* Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
* Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
* Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.

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

#### Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) [*insert if plan has other medication management programs* y otros programas] para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

[*Plans should include this section only if applicable.*]

Tenemos un programa que puede *[delete “un programa” and “que puede” and insert “programas que pueden” if plan has other medication management programs]* ayudar a nuestros miembros en necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias condiciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y los costos de sus medicamentos son elevados.

El programa es voluntario y gratuito [*if applicable replace with:* “Estos programas son voluntarios y gratuitos”] para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa [*delete* “el programa” and insert if applicable “los programas”] para nosotros. Este programa [*insert if applicable*: “Los programas”] puede(n) ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro [*if applicable replace with:* Un]programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

Es una buena idea programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

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

CAPÍTULO 6

Lo que le corresponde pagar por los  
medicamentos con receta de la Parte D

## Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 143

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos 143

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 144

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento 145

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de *[insert 2018 plan name]*? 145

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 146

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”) 146

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 147

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos *[insert drug tiers if applicable]* 148

Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado *$[insert deductible amount]* por sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]* 148

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 149

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene 149

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento 150

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo 153

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento *a largo plazo* para [*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días 154

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los [*insert as applicable:* costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $*[insert initial coverage limit]* *OR* costos que paga de su bolsillo alcancen los $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*] 155

Sección 5.6 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta 157

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, [*insert as appropriate:* usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más que el 44 % de los costos de los medicamentos genéricos *OR* el plan proporciona cierto grado de cobertura] 159

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* 159

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta 160

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 163

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 163

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales 164

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 164

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 164

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna 164

Sección 9.2 Usted puede llamar a Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna 166

"" **¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?**

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. *OR* El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos.] Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

**¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse** *OR* **no se aplica**] **en su caso.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider]*[*insert as appropriate:* Hemos incluido *OR* Le enviamos] un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de 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 la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. [*Optional for plans that provide supplemental coverage:* Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si ha comprado una cobertura para medicamentos adicional.]

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

* **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar las cosas, a esto lo denominamos la “Lista de medicamentos”.
* Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
* *[Plans that do not use tiers, omit]* También le indica en cuál de los *[insert number of tiers]* “niveles de costo compartido” se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
* Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en *[insert URL]*. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
* **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5 se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
* **El *Directorio de*** *[insert if applicable:* ***proveedores y****]* ***farmacias* del plan.**En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). El *Directorio de* [*insert if applicable: proveedores y] farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan*.* También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

#### Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

* El **“deducible”** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
* El **“copago”** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
* El **“coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

### SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento

#### Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de *[insert 2018 plan name]*?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura para medicamentos con receta según *[insert 2018 plan name]*. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. *[Plans with no premium delete the following sentence]* Tenga presente que siempre es su responsabilidad el pago de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento.

*[Plans: Ensure entire table appears on the same page.]*

| **Etapa 1**  *Etapa del deducible  anual* | **Etapa 2**  *Etapa de cobertura inicial* | **Etapa 3**  *Etapa del período  sin cobertura* | **Etapa 4**  *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas* |
| --- | --- | --- | --- |
| [*If plan has a deductible for all tiers insert:* Comienza en esta etapa de pago cuando obtiene el primer medicamento con receta del año.]  Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos [*insert if applicable:* de marca *OR* *[tier name(s)]*].  Permanece en esta etapa hasta que haya pagado $*[insert deductible amount]* por sus medicamentos [*insert if applicable:* de marca *OR* *[tier name(s)]*] ($*[insert deductible amount]* es el monto del deducible de su [*insert if applicable:* medicamento de marca *OR* *[tier name(s)]*]).  (En la Sección 4 de este capítulo encontrará más detalles).  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.] | [*Insert if plan has no deductible:* Comienza en esta etapa cuando obtiene el primer medicamento con receta del año.]  [*Insert if plan has no deductible or a deductible that applies to all drugs:* Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde 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 la parte que le corresponde 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 otros en su nombre) haya alcanzado su deducible de [*insert if applicable:* medicamentos de marca *OR* *[tier name(s)]*], el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos [*insert if applicable:* de marca *OR* *[tier name(s)]*] y usted paga su parte.]  Permanece en esta etapa hasta que los [*insert as applicable:* **“costos totales de los medicamentos”** (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen un total de $*[insert initial coverage limit]* *OR* **“costos** **que paga de su bolsillo”** (sus pagos) alcancen los $*[insert 2018 out-of-pocket threshold].*]  (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo). | [*Plans with no additional gap coverage insert:* Durante esta etapa, usted paga el 35 % del precio de sus medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 44 % del precio de los medicamentos genéricos.]  [*Plans with additional generic coverage only in the gap insert:* En el caso de los medicamentos genéricos, *[plans should briefly describe generic coverage (e.g., either a $10 copayment or 44% of the costs, whichever is lower)].* En el caso de los medicamentos de marca, usted paga el 35 % del precio (además de una parte del costo de suministro).]  *[Plans with some coverage in the gap: insert description of gap coverage using standard terminology.]*  Usted permanece en esta etapa hasta que los **“costos que paga de su bolsillo”** del año hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold].* Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.  (Puede ver los detalles en la Sección 6 de este capítulo).  [*Plans with no coverage gap replace the text above with:* Debido a que no hay período sin cobertura para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.] | Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2018).  (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo). |

### SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

#### Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

* Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo “**que paga de su bolsillo**”.
* Llevamos un registro de los “**costos totales de sus medicamentos**”. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. Aquí encontrará lo siguiente:

* **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
* **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

#### Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

* **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
* Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
* Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
* Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
* **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por*[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa estatal de asistencia de medicamentos para el SIDA, un ADAP, el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
* **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). *[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

### SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos *[insert drug tiers if applicable]*

#### Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado *$[insert deductible amount]* por sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]*

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with:* No hay un deducible para *[insert 2018 plan name]*.]

[*Plans with no deductible replace Section 4,1 title with:* Usted no paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D.]

[*Plans with no deductible replace text below with*: No hay un deducible para *[insert 2018 plan name]*. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.]

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. [*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto de deducible del plan, que es $*[insert deductible amount]* para 2018.] [*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:* Pagará un deducible anual de $*[insert deductible amount]* en los medicamentos de *[insert applicable drug tiers]*. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de** *[****insert applicable drug tiers****]*hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir la cobertura inmediatamente.]

* El **“costo total”** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
* El **“deducible”** es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado $*[insert deductible amount]* por los medicamentos de *[insert drug tiers if applicable]*, sale de la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

### SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

#### Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el [*insert as applicable:* copago *OR* monto de coseguro *OR* copago o monto de coseguro]). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido

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

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

* *[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 saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según 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 minorista de la red de nuestro plan.
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido estándar]
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido]
* Una farmacia que no es de la red de nuestro plan.
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet]* Una farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

[*Include if plan has network pharmacies that offer preferred cost-sharing:* Generalmente, cubriremos sus medicamentos con receta *solo* si los obtiene en una de nuestras farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener sus medicamentos con receta cubiertos, puede ir a farmacias de la red que ofrecen un costo compartido preferido o a otras farmacias de la red que ofrecen un costo compartido estándar. Es posible que sus costos sean inferiores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.]

#### Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

*[Plans using only copayments or only coinsurance should edit this paragraph to reflect the plan’s cost-sharing]* Durante la Etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

* El **“copago”** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
* El **“coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

*[Plans that do not use drug tiers, omit]* Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que está su medicamento. Tenga en cuenta que:

* *[Plans without copayments, omit]* Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Paga el preciocompleto del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor.*
* Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

[*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]*.]

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

| **Nivel** | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)**  (suministro para hasta *[insert number of days]* días) | **Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)**  (suministro para hasta *[insert number of days]* días) | **Costo compartido de pedido por correo**  (suministro para hasta *[insert number of days]* días) | **Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)**  (suministro para hasta *[insert number of days]* días) | **Costo compartido fuera de la red**  (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para hasta *[insert number of days]* días) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

El monto que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

* Si es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el *monto* que pague será menor.
* Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
* *[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.]* A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es $30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

#### Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento *a largo plazo* para [*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días

*[Plans that do not offer extended-day supplies delete Section 5.4.]*

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es para [*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo para [*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días.

* *[Plans without copayments, omit]* Tenga en cuenta: Si el costo del medicamento cubierto es inferior al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Paga el preciocompleto del medicamento *o* el monto 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:* No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en *[insert tier]*.]

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

| **Nivel** | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días) | **Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días) | **Costo compartido de pedido por correo** ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días) |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los [*insert as applicable:* costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $*[insert initial coverage limit]* *OR* costos que paga de su bolsillo alcancen los $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*]

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al límite de **$***[****insert initial coverage limit****]* **para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total del medicamento se basa en la suma de lo que ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

* **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye:
* *[Plans without a deductible, omit]* Los $*[insert deductible amount]* que pagó cuando estaba en la Etapa del deducible.
* El total que pagó como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
* **El total que el plan pagó** como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2018, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

[*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que pague de su bolsillo totales alcancen los $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*. Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. (Consulte la Sección 5.5 para obtener información sobre cómo Medicare cuenta los gastos que paga de su bolsillo). Cuando usted llega al límite de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* que paga de su bolsillo, sale de la Etapa inicial del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.]

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su [*insert if plan has a coverage gap:* límite de cobertura inicial o] el total de los costos que paga de su bolsillo. [*Insert only if plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs:* También le proporcionamos algunos medicamentos de venta libre para su uso exclusivo. Estos medicamentos de venta libre se ofrecen sin costo alguno para usted.] Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte su Formulario.]

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted y el plan, así como cualquier otro tercero, en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite de*[insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit]* *OR* $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]]* en un año.

Le informaremos cuando alcance el monto de *[insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit] OR* $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]]*. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la [*insert as applicable:* Etapa del período sin cobertura *OR* Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.]

#### Sección 5.6 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta

*[Plans with no coverage gap: insert Section 5.6]*

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando usted llega al límite de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* que paga de su bolsillo, sale de la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

**Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo**

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **puede incluir** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

* El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  + *[Plans without a deductible, omit]* La Etapa del deducible.
  + La Etapa de cobertura inicial.
* Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

* Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
* Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa en su nombre **otra persona u organización.** Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
* Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $*[****insert 2018 out-of-pocket threshold****]* en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

**Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo**

Cuando suma los costos que paga de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos con receta:

* *[Plans with no premium, omit]* La cantidad que paga por su prima mensual.
* Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Medicamentos que nuestro plan no cubre.
* Medicamentos que obtiene en 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:* Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
* Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre.]
* [*Insert if applicable:* Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.]
* Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
* Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
* Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
* Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

*Recordatorio:*si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, pagan parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

*¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?*

* **Nosotros lo ayudaremos**. El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* en el año, en este informe se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicialy ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.]

### SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, [*insert as appropriate:* usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más que el 44 % de los costos de los medicamentos genéricos *OR* el plan proporciona cierto grado de cobertura]

#### Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*

[*Plans with no coverage gap replace Section 6 title with:* No hay un período sin cobertura para *[insert 2018 plan name].*]

[*Plans with no coverage gap replace Section 6,1 title with:* Usted no tiene un período sin cobertura para sus medicamentos de la Parte D.]

[*Plans with no coverage gap replace text below with*: No hay un período sin cobertura para *[insert 2018 plan name]*. Una vez que abandona la Etapa de cobertura inicial, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.]

*[Plans with some coverage in the gap, revise the text below as needed to describe the plan’s coverage.]*

Cuando usted está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el 35 % del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 44 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (56 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y el 44 % de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. En 2018, el monto es $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando llega al límite de lo que paga de su bolsillo de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]*, usted sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

#### Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta

*[Plans with a coverage gap: insert Section 6.2]*

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

**Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo**

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **puede incluir** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

* El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  + *[Plans without a deductible, omit]* La Etapa del deducible.
  + La Etapa de cobertura inicial.
  + La Etapa del período sin cobertura.
* Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

**Es importante quién paga:**

* Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
* Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa en su nombre **otra persona u organización.** Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
* Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

**Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:**

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* dentro del año calendario, pasará de la [*insert as applicable:* Etapa de cobertura inicial *OR* Etapa del período sin cobertura] a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

**Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo**

Cuando suma los costos que paga de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos con receta:

* *[Plans with no premium, omit]* La cantidad que paga por su prima mensual.
* Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Medicamentos que nuestro plan no cubre.
* Medicamentos que obtiene en 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:* Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
* Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre.]
* [*Insert if applicable:* Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.]
* Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
* Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
* Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
* Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

*Recordatorio:*si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, pagan parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?

* **Nosotros lo ayudaremos**. El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* en el año, en este informe se le indicará que ha dejado la [*insert as applicable:* Etapa de cobertura inicial *OR* Etapa del período sin cobertura]y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

### SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

#### Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted reúne las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

[*Plans insert appropriate option for your catastrophic cost-sharing:*

*Opción 1:*

* **Su parte** del costo para un medicamento cubierto será el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
* el coseguro del 5 % del costo del medicamento
* *–o–* $*[Insert 2018 catastrophic cost-sharing amount for generics/preferred multisource drugs]* para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $*[insert 2018 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 pagaremos 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 obtiene

#### Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Hay dos partes de 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 con receta.
* La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina “administración” de la vacuna).

¿Qué es lo que paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres elementos:

**1.** **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).

* + Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*
  + Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

**2.** **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**

**3.** **Quién le administra la vacuna.**

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

* A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
* Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D. [*Insert if applicable:* Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la [*insert as applicable:* Etapa del deducible *OR* Etapa del período sin cobertura *OR* Etapa del deducible y del período sin cobertura] de su beneficio.]

*Situación 1:* usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

* Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
* Nuestro plan pagará el resto de los costos.

*Situación 2:* la vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

* Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
* Entonces podrá pedirle al plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*)*.*
* Se le reembolsará el monto que usted pagó menos el [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] normal por la vacuna (incluida la administración) [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).]

*Situación 3:* usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administrará.

* Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna en sí.
* Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
* Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por la administración de la vacuna [*insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos la diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si está inscrito en el programa de “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).]

*[Insert any additional information about your coverage of vaccines and vaccine administration.]*

#### Sección 9.2 Usted puede llamar a Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para los miembros cuando esté planeando vacunarse. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

* Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.
* [*Full and partial network plans insert:* Le podemos decir cómo mantener su propio costo bajo si acude a proveedores y farmacias de nuestra red.]
* [*Full and partial network plans:* Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para conseguir que le paguemos nuestra parte del costo.]

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos [if applicable: o medicamentos] cubiertos

## Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos [*if applicable:* o medicamentos] cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios [*if applicable:* o medicamentos] cubiertos 169

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios [*if applicable:* o medicamentos] cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 169

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 171

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 172

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 173

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio [*if applicable:* o el medicamento] y cuánto debemos 173

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica [*if applicable:* o el medicamento], puede presentar una apelación 173

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 174

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo 174

### SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios [*if applicable:* o medicamentos] cubiertos

#### Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios [*if applicable:* o medicamentos] cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

*[Non-network PFFS plans may edit this section to remove network references as necessary.]*

A veces, cuando recibe atención médica [*if applicable:* o un medicamento con receta], es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos [*if applicable:* o medicamentos] que están cubiertos por el plan.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan.

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba atención de emergencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

* Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
* Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
  + Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
  + Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.
* **Tenga en cuenta lo siguiente:** aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba.

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 pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

* Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
* Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos [*insert if applicable:* o medicamentos] después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para el reembolso. Llame a Servicios para los miembros para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).

*[MA-only delete next three situations.]*

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

* Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
* Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

*[Plans should insert additional circumstances under which they will accept a paper claim from an enrollee.]*

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. [*Insert as applicable:* En el Capítulo 7 *OR* En el Capítulo 9] de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

### SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

*[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 dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

* No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
* Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (*[insert URL]*) o llame a Servicios para los miembros y pida el formulario. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).]

*[Plans with different addresses for Part C and Part D claims may modify this paragraph as needed and include the additional address]* Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

*[insert address]*

[*If the plan allows enrollees to submit oral payment requests, insert the following language:* También puede llamar a nuestro plan para solicitar un pago. Para obtener más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección titulada *[plans may edit section title as necessary]* “Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió”.]

[*Insert if applicable:* **Debe presentarnos la reclamación dentro de los** *[****insert timeframe****]* a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.]

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

### SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

#### Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio [*if applicable:* o el medicamento] y cuánto debemos

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

* Si decidimos que la atención médica [*if applicable:* o el medicamento] tiene(n) cobertura y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención [*if applicable:* o el medicamento], pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio [*if applicable:* o medicamento], le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio [*if applicable:* o el medicamento], le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. [*If applicable:* El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos]).
* Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica [*if applicable:* o el medicamento] o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

#### Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica [*if applicable:* o el medicamento], puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9]. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la sección del [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

* Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9].
* [*If applicable:* Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.]

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

#### Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

*[MA-only: delete this section.]*

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones en las que debe enviarnos los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio menor que nuestro precio

*[Plans with neither a coverage gap nor a deductible should delete this section.]*

A veces, cuando está en la [*insert if applicable:* Etapa del deducible *OR* Etapa del período sin cobertura *OR* Etapa del deducible y del período sin cobertura] puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio que es inferior al nuestro.

* Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.
* Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
* Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
* **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si usted está en la [*insert if applicable:* Etapa del deducible *OR* Etapa del período sin cobertura *OR* Etapa del deducible y Etapa del período sin cobertura], [*insert as applicable:* no pagaremos *OR* posiblemente no pagaremos] ninguna parte de estos costos de los medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

2. Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

* Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
* **Tenga en cuenta lo siguiente:** como usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Debido a que no está solicitando un pago en ninguno de los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 178

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 proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) 178

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento 178

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios [*insert if applicable:* y medicamentos] cubiertos 179

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 179

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 181

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 182

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 185

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 185

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos 185

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 186

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 186

*[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 proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold.]*

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan español. *[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]* También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, si lo necesita. Si es elegible para recibir Medicare debido a una discapacidad, debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y adecuada para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Si tiene dificultad para obtener información sobre nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y dígales que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de no asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

#### Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios [*insert if applicable:* y medicamentos] cubiertos

Usted puede recibir atención de cualquier proveedor en los Estados Unidos, si el proveedor acepta los términos y condiciones de pago de nuestro plan antes de brindarle servicios y es elegible para prestar servicios conforme al plan Original Medicare, como se describe en la sección 1.2 del capítulo 3. Siempre debe (excepto posiblemente en casos de emergencia) mostrar su tarjeta de miembro del plan PFFS al proveedor. *[Non-network PPFS plans may edit this sentence to remove network references]* Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*.

[*Non-network PFFS plans insert:* Cada vez que consulte a un proveedor, él puede decidir si acepta los términos y condiciones de pago de nuestro plan.]

[*Partial and full network PFFS plans insert*: Nuestro plan ha firmado contratos con algunos proveedores para ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Estos proveedores forman parte de nuestra red. La Sección 1.2 del Capítulo 3 describe las normas que debe seguir para obtener servicios cubiertos a través de los proveedores de nuestra red.]

[*Insert if applicable:* También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.]

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica [*insert if applicable:* o los medicamentos de la Parte D] dentro de un período razonable, [*insert as appropriate:* la Sección 9 *OR* la Sección 10], [*insert as appropriate:* del Capítulo 7 *OR* del Capítulo 9] de este folleto le indica qué puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura para su atención médica [*insert if applicable:* o medicamentos] y no está de acuerdo con nuestra decisión, [*insert as appropriate:* la Sección 4 del Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] le explica lo que puede hacer).

#### Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

* Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
* Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

* Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
* En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo.* El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
* Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
* Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
* Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud [*MA-PD plans insert:*, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D]. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

*[Note: Plans may insert custom privacy practices.]*

#### Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus 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 2018 plan name]*, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto):

* **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
* *[Non-network PFFS plans may omit or revise this bullet as necessary]* **Información acerca de nuestros proveedores de la red** [*insert if applicable:***, incluidas las farmacias de nuestra red**]**.**
* Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores [*insert if applicable:* y las farmacias] de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra 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 los proveedores [*insert if applicable:* o las farmacias], puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o visitar nuestro sitio web en *[insert URL]*.
* **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
* En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
* [*Insert if applicable:* Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.Estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, describen qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos.]
* Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
* **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
* Si un servicio médico [*insert if applicable:* o medicamento de la Parte D] no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. *[Non-network, MA-only plans may delete the following sentence]* Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico [*insert if applicable:* o el medicamento] de un proveedor [*insert if applicable:* o farmacia] fuera de la red. [*Non-network MA-PD plans should replace the previous sentence with:* Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el medicamento de una farmacia fuera de la red.]
* Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica [*insert if applicable:* o medicamento de la Parte D] tiene(n) cobertura para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. ([*Insert as applicable:* El Capítulo 7 *OR* El Capítulo 9] también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
* Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica [*insert if applicable:* o medicamento con receta de la Parte D], consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] de este folleto.

#### Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender.*

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

* **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan*.* [*Insert if applicable:* También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.]
* **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
* **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. [*MA-PD plans insert:* También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento.] Desde luego que si rechaza el tratamiento [*MA-PD plans insert:* o deja de tomar los medicamentos], usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
* **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. [*Insert as applicable:* El Capítulo 7 *OR* El Capítulo 9] de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

*[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.]*

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede:

* Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
* **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el “**testamento vital**” y el “**poder de representación para la atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

* **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. [*Insert if applicable:* También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).]
* **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
* **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

* Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
* Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas** (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante *[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 pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

#### Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y* *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

* Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
* Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
* O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

* Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
* Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
* Puede comunicarse con **Medicare**.
* Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights & Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>.)
* También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de 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?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

* **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre la Evidencia de Cobertura aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
* Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir, y lo que paga.
* [*Insert if applicable:* Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.]
* **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud**[*insert if applicable:* **u otra cobertura para medicamentos con receta**]**, debe comunicárnoslo.** Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la portada posterior de este folleto).
* Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica la coordinación de los beneficios de salud [*insert if applicable:* y medicamentos] que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud [*insert if applicable:* y medicamentos] a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
* **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica[*insert if applicable:* o medicamentos con receta de la Parte D]*.*
* **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
* Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
* Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
* Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
* **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
* **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
* [*Insert if applicable:* Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.]
* Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe poseer la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ello, algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B para poder seguir siendo miembros del plan.
* Para la mayoría de sus servicios médicos [*insert if applicable:* o medicamentos] cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio [*insert if applicable:* o el medicamento]. Esto será un [*insert as appropriate:* copago (un monto fijo) *OR* coseguro (un porcentaje del costo total) *OR* copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total)]. El Capítulo 4 le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. [*Insert if applicable:* El Capítulo 6 le informa lo que debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.]
* Si usted recibe algún servicio médico [*insert if applicable:* o medicamento] que no esté cubierto por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
* Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio [*insert if applicable:* o medicamento], puede presentar una apelación. Consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] de este folleto 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 debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.]
* [*Part D plans, insert:* Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.]
* **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
* **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan,** *[if a continuation area is offered, insert “***generalmente***” here and then explain the continuation area]***no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
* **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
* Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
* **Llame a Servicios para los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
* Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar a Servicios para los miembros están impresos en la portada posterior de este folleto.
* Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

ANTECEDENTES 193

SECCIÓN 1 Introducción 193

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 193

Sección 1.2 Acerca de los términos legales 193

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 194

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 194

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 195

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 195

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 196

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 196

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general 196

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 197

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación? 198

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 199

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención 199

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 200

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 204

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 207

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica? 209

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 211

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D 211

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 213

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones 215

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 216

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 220

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 222

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 225

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos 225

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 227

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 230

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de

Nivel 1? 231

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 234

Sección 8.1 Esta sección trata solo acerca de tres servicios:servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) 234

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura 235

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 236

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 239

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de

Nivel 1? 240

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 243

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos 243

Sección 9.2 Niveles 3, 4, y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D 245

PRESENTAR QUEJAS 246

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 246

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 246

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” 248

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja 248

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad 249

Sección 10.5 También puede informarle 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 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

* Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
* Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas.**

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

#### Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

### SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

#### Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP).** Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it]* En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

* Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
* Puede visitar el sitio web de Medicare ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)).

### SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

#### Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ.**

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

**Sí.** Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”.**

**No.** Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya 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, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

### SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

#### Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos [*insert if applicable:* y medicamentos con receta], incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una “decisión de cobertura” es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos [*insert if applicable:* o medicamentos]. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio [*insert if applicable:* o el medicamento] no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos. En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

#### Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

* Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
* Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
* [*MA-only plans, insert:* **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.]
* [*MA-PD plans, insert:* **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
* Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
* Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.]
* **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
* Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
* Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web en *[insert website or link to form]*]). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
* **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

#### Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen [*insert as applicable:* tres *OR* cuatro] tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

* **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 con receta 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 hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
* [*Insert as applicable:* **Sección 7** *OR* **Sección 8**] de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

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

"" ¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

#### Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*). Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.

3. Recibió atención o servicios médicos que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.

4. Recibió atención o servicios médicos, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

* NOTA: **si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF),** debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:
* [*Insert as applicable:* La Sección 6 *OR* La Sección 7], [*insert as applicable:* del Capítulo 7 *OR* del Capítulo 9]: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
* [*Insert as applicable:* La Sección 7 *OR* La Sección 8], [*insert as applicable:* del Capítulo 7 *OR* del Capítulo 9]: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica en el hogar, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).
* Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

| Si está en esta situación: | Esto es lo que puede hacer: |
| --- | --- |
| ¿Desea saber si vamos a cubrir la atención médica o los servicios que usted quiere? | Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted.  Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5.2**. |
| ¿Le ha comunicado el plan que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos? | Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión).  Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo. |
| ¿Desea pedirle a nuestro plan que le reembolse servicios o atención médica que ya ha recibido y pagado? | Puede enviarnos la factura.  Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo. |

#### Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

| **Términos legales** |
| --- |
| Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **“determinación de la organización”.** |

Paso 1: usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

| **Términos legales** |
| --- |
| Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una **“decisión 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 autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto.
* Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **La decisión estándar** **de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud.

* **No obstante,** **podemos tomarnos hasta 14 días calendario** adicionales si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos [*full and partial network plans insert:* de proveedores que no pertenecen a la red]) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
* Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”

* **Una decisión rápida** **de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas.** 
  + **No obstante,** **podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como registros médicos [*full and partial network plans insert:* de proveedores que no pertenecen a la red]) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
  + Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
* **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  + Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica *que aún no ha recibido.* (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya ha recibido).
  + Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
* **Si su médico le dice que su salud requiere una “decisión de** **cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de** **cobertura rápida.**
* Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  + Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  + En esta carta se le dirá que si su médico le pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  + En la carta también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos límite para una decisión de cobertura “rápida”

* Por lo general, para una decisión de cobertura rápida le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas.**
  + Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  + Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo).
  + Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
* **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura para la atención médica que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura

* Generalmente, para una decisión estándar de cobertura, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.**
  + Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“una extensión del plazo”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  + Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo).
  + Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
* **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

* Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
* Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

#### Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

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

Paso 1: nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

* **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
* **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1.2 del Capítulo 2 (*Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*)].
  + Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, comuníquese con Servicios para los miembros [los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto] y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web en *[insert website or link to form]*]). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
* **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 *[plan may edit section title as needed]* (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
* **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  + Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.]
  + Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud verbal)

| **Términos legales** |
| --- |
| Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración acelerada”.** |

* Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, 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 para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
* Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

* Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
* Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos límite para una “apelación rápida”

* Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
  + Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos un aviso de denegación por escrito en el que se le informará que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos límite para una “apelación estándar”

* Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
  + Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo).
  + Si no le damos una respuesta para la fecha indicada (o al final de la extensión de tiempo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario de recibida la apelación.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito en el que se le informará que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

* Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”.** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

#### Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

| **Términos legales** |
| --- |
| El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”.** A veces se la denomina **“IRE”.** |

Paso 1: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

* **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.** [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.]
* Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
* Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una “apelación rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación rápida” en el Nivel 2.

* Si en el Nivel 1 tuvo una apelación rápida, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
* Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.**

Si se le concedió una “apelación estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación estándar” en el Nivel 2

* Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
* Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.**

Paso 2: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

* **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares, o en el plazo de 72 horas de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
* **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
  + Si la Organización de revisión independiente “confirma 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 de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
* Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
* La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo. [*Insert as applicable:* La Sección 8 *OR* La Sección 9] de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el [*insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos [insert if applicable: o medicamentos] cubiertos*. [*Insert as applicable:* En el Capítulo 5 *OR* En el Capítulo 7] se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

* Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
* Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a haber *rechazado* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3**. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

* Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
* Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

### SECCIÓN 6 Medicamentos con receta 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.]*

"" ¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

#### Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada).

* **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”.
* Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*)y el Capítulo 6(*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*)*.*

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó 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 de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **“determinación de cobertura”.** |

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

* Nos pide que hagamos una excepción, como:
  + Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
  + Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
  + *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]*Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor.
* Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple cualquier norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos* *(Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  + *Tenga en cuenta lo siguiente:* si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, usted obtendrá un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
* Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

| Si está en esta situación: | Esto es lo que puede hacer: |
| --- | --- |
| ¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos? | Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).  Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo. |
| ¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita? | Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.  Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo. |
| ¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado? | Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).  Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo. |
| ¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos? | Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión).  Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo. |

#### Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son [*insert as applicable:* dos *OR* tres] ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).*** (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla).

| **Términos legales** |
| --- |
| Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”.** |

* Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a [*insert as appropriate:* todos nuestros medicamentos *OR* los medicamentos en *[insert exceptions tier] OR los medicamentos en [insert exceptions tier] para los medicamentos de marca o [insert exceptions tier] para los medicamentos genéricos*]*.* No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

1. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto**. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

| **Términos legales** |
| --- |
| Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”.** |

* Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  + *[Omit if plan does not use generic substitution]* Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del de marca.
  + *[Omit if plan does not use prior authorization]* Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
  + *[Omit if plan does not use step therapy]* Que se exija probar primero con otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
  + *[Omit if plan does not use quantity limits]* Límites de cantidad. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
* *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]* Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

**3.** *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this section]* **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

| **Términos legales** |
| --- |
| Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **“excepción del nivel”.** |

* [*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:* No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en *[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]*.]

#### Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this statement]* Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

* Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
* Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

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

Paso 1: puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre el medicamento o medicamentos que necesita o sobre el pago. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

* **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *[plans may edit section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D.* O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección llamada *[plans may edit section title as necessary]* *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.*
* **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
* **Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7 se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
* **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto le llamamos “declaración de respaldo”). Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
* **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS [*insert if applicable:* o en nuestro formulario del plan], el cual/los cuales [*insert if applicable:* está *OR* están] disponibles en nuestro sitio 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 salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”

| **Términos legales** |
| --- |
| Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una **“determinación de cobertura acelerada”.** |

* Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
* **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  + Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
  + Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
* **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión**  **de cobertura rápida”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de** **cobertura rápida.**
* Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  + Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  + En esta carta se le dirá que si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.
  + En la carta también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le indica cómo presentar una “queja rápida”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos límite para una decisión de cobertura “rápida”

* Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas.**
  + Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
* **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

* Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas.**
  + Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
* **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.** 
  + Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **brindarle la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

* Debemos darle una respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
* **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

* Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

#### Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

| **Términos legales** |
| --- |
| Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama una **“redeterminación”.** |

Paso 1: se comunica con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

* **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.**
  + Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo o a través de nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada: *[plans may edit section title as necessary] Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D.*
* **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 *[plans may edit section title as necessary]* (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).]
* **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** *[plans may edit section title as necessary]* (Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D).
* **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio 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 hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
  + Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.]
  + Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

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

* Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
* Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

* Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos límite para una “apelación rápida”

* Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  + Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una “apelación estándar”

* Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una apelación “rápida”.
  + Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.** 
  + Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
  + Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
* **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

* Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
* Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

#### Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

| **Términos legales** |
| --- |
| El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”.** A veces se la denomina **“IRE”.** |

Paso 1: para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

* Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
* Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.** [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.]
* Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

* **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
* Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos límite para la apelación “rápida” en el Nivel 2

* Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.
* Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
* **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos límite para la “apelación estándar” en el Nivel 2

* Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
* **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:** 
  + Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
  + Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma 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 para el medicamento que está solicitando debe cumplir un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
* Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
* La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

*[MA-only plans: Renumber sections 7 through 10 and update cross references as needed.]*

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

* El día que deja el hospital es la **“fecha del alta”.**
* Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
* Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

#### Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos).* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**1.** **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:

* Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
* Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización, y saber quién pagará por ella.
* Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
* Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

| **Términos legales** |
| --- |
| El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”.** Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. ([*Insert as applicable:* La Sección 6.2 *OR* La Sección 7.2] a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata). |

**2.** **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**

* Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
* Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso firmado para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

* Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
* Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en Internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

#### Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

* **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
* **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
* **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.** Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida un “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

* Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

* El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

* Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no más allá de la fecha prevista del alta.** (La “fecha prevista del alta” es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
  + Si usted cumple con este plazo, se le autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
  + Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
* Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la [*insert as applicable:* Sección 6.4 *OR* Sección 7.4].

Pida una “revisión rápida”:

* Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que realice una **“revisión rápida”** del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del plazo estándar.

| **Términos legales** |
| --- |
| Una **“revisión rápida”** también se denomina **“revisión inmediata”** o **“revisión acelerada”.** |

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

* Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
* Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

| **Términos legales** |
| --- |
| La explicación por escrito se denomina **“Aviso detallado del alta”.** Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html> |

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

* Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios** **hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
* Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

* Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios** **hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
* Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

* Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

#### Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

* Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

* **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura****para su atención** **para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
* Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

* Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.
* En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
* [*Insert as applicable:* La Sección 8 *OR* La Sección 9] de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la [*insert as applicable:* Sección 6.2 *OR* Sección 7.2], debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. (“Rápido” significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

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

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

| **Términos legales** |
| --- |
| A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina **“apelación acelerada”**. |

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

* Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
* **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

Paso 2: hacemos una “revisión rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

* Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
* En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

* **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
* **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
  + Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

* Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una Organización de Revisión Independiente revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

| **Términos legales** |
| --- |
| El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”.** A veces se la denomina **“IRE”.** |

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

* Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. [*Insert as applicable:* La Sección 9 *OR* La Sección 10] de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

* **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
* **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el dinero de) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
  + En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que la maneja un juez.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
* [*Insert as applicable:* La Sección 8 *OR* La Sección 9] de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

#### Sección 8.1 Esta sección trata solo acerca de tres servicios:servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Esta sección hace referencia a los siguientes tipos de atención *solamente*:

* Servicios de atención médica en el hogar que está recibiendo.
* Atención de enfermería especializada que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 10 *OR* Capítulo 12], *Definiciones de palabras importantes*).
* Atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente externo en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 10 *OR* Capítulo 12], *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

#### Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

**1.** **Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.

* En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
* También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

| **Términos legales** |
| --- |
| Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **“apelación acelerada”.** Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. ([*Insert as applicable:* La Sección 7.3, *OR* La Sección 8.3,] a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación acelerada). |
| El aviso escrito se denomina **“Aviso de no cobertura de Medicare”.** Para obtener una copia de muestra, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una copia en Internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html> |

**2.** **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**

* Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
* Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

#### Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

* **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
* **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. [*Insert as applicable:* La Sección 9 *OR* La Sección 10] de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
* **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.**

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

* Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

* En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

* Pídale a esta organización una “apelación acelerada” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

* Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
* Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la [*insert as applicable:* Sección 7.5 *OR* Sección 8.5].

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

* Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
* Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

| **Términos legales** |
| --- |
| Esta explicación por escrito se denomina “**Explicación detallada de no cobertura**”. |

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

* Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
* Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

* Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.** Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
* Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

* Esta primera apelación que hace es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
* Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

#### Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

* Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

* **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura**para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
* Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

* Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
* En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

* Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
* [*Insert as applicable:* La Sección 8 *OR* La Sección 9] de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la [*insert as applicable:* Sección 7.3 *OR* Sección 8.3], debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

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

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

| **Términos legales** |
| --- |
| A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina **“apelación acelerada”**. |

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

* Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
* **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

Paso 2: hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

* Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
* Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

* **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
* **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
* Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

* Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

| **Términos legales** |
| --- |
| El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”.** A veces se la denomina **“IRE”.** |

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

* Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. [*Insert as applicable:* La Sección 9 *OR* La Sección 10] de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

* **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
* **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
  + En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
* [*Insert as applicable:* La Sección 8 *OR* La Sección 9] de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

#### Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3** **Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le denomina “juez administrativo”.

* **Si el juez administrativo acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir* o *no***. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
  + Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez.
  + Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
* **Si el juez administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir* o *no*.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones trabaja para el gobierno federal.

* **Si su apelación se acepta o si el Consejo de apelaciones rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir* o *no***. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted.
  + Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida 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 apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de apelaciones rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

* Este es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

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

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3** **Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le denomina “juez administrativo”.

* **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Juez administrativo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
* **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones trabaja para el gobierno federal.

* **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo de apelaciones **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
* **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

* Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTAR QUEJAS

### SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

"" Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

#### Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede “presentar una queja”

| Queja | Ejemplo |
| --- | --- |
| **Calidad de su atención médica** | * ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)? |
| **Respeto de su privacidad** | * ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo** | * ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? * ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro departamento de Servicios para los miembros? * ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan? |
| **Tiempos de espera** | * ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? * ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos [*Part D plans insert:*, farmacéuticos] u otros profesionales de salud? ¿O por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan?   + Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera [*Part D plans insert:*, cuando le van a dar una receta] o en la sala de consulta. |
| **Limpieza** | * ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico? |
| **Información que obtiene de nosotros** | * ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? * ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender? |
| **Calidad de oportuno** (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones) | El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a [*insert as applicable:* 8 *OR* 9] de este capítulo. Si está pidiendo una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas.  Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:   * Si ha pedido que le demos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. * Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. * Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos [*Part D plans insert:* o medicamentos], se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. * Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. |

#### Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

| **Términos legales** |
| --- |
| * En esta sección, una **“queja”** también se denomina **“reclamo”.** * Otro término para **“presentar una queja”** es **“interponer un reclamo”**. * Otra forma de decir **“usar el proceso para quejas”** es **“usar el proceso para interponer un reclamo”.** |

#### Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

* **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si hay algo que necesite hacer, Servicios para los miembros se lo indicará. *[Insert phone number, TTY, and days and hours of operation.]*
* **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos 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.]*
* **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para los miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
* **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si se le ha concedido una queja “rápida”, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

| **Términos legales** |
| --- |
| En esta sección, una **“queja rápida”** también se denomina **“reclamo acelerado”.** |

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

* **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
* **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
* **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

#### Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

* **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad**. Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
* La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
* Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
* **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo**. Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

#### Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre *[insert 2018 plan name]* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía   
en el plan

## Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 253

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 253

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 253

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual 253

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes son más limitadas 255

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 256

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 257

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 257

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan 257

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos [*insert if applicable:* y medicamentos] a través de nuestro plan 260

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 260

SECCIÓN 5 *[Insert 2018 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 261

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 261

Sección 5.2 No podemospedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 262

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 262

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en *[insert 2018 plan name]* puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

* Es posible que deje nuestroplan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
* Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan.
* El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
* También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica [*insert if applicable:* y medicamentos con receta] a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

### SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

#### Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puedecancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de elección coordinada anual”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud [*insert if appropriate:* y medicamentos] y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

* **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
* **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
* Otro plan de salud de Medicare (puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
* Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
* *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
* *[MA-only plans, omit]* **Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

*[MA-only plans, omit]* **Nota:** si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

* **¿Qué debe hacer para cambiar de plan?**

[*MA-PD plans insert bullets below:*

* Si desea cambiar a Original Medicare e inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare: Simplemente, inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción a nuestro plan y se lo inscribirá en Original Medicare cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia.
* Si está planeando cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos: Si necesita más información sobre cómo solicitar que se cancele su inscripción, comuníquese con el Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Para solicitar la cancelación de su inscripción en nuestro plan, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.]

[*MA-only plans insert bullets and text below:*

* Si desea cambiarse a Original Medicare: Debe solicitar la cancelación de la inscripción en nuestro plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar la cancelación de la inscripción, póngase en contacto con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). Para solicitar la cancelación de su inscripción en nuestro plan, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
* Si actualmente se encuentra inscrito en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare:
* Dejar nuestro plan no afectará su inscripción en el plan de medicamentos con receta.
* Si desea inscribirse en un nuevo plan de medicamentos, debe solicitar la inscripción en el plan de medicamentos que elija. El cambio de su plan de medicamentos con receta de Medicare *no* cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan.
* Si no tiene cobertura para medicamentos con receta de Medicare con otro plan, puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare que no ofrezca cobertura para medicamentos con receta o puede cambiar a Original Medicare.]
* **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

#### Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes son más limitadas

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de cancelación de la inscripción de Medicare Advantage** anual.

* ¿Cuál es el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage? Es todos los años, del 1 de enero al 14 de febrero.
* **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage?** Durante ese tiempo, puede cancelar su inscripción en Medicare Advantage y cambiar a Original Medicare. [*MA-PD plans insert the following:* Si elige cambiar a Original Medicare en este período, tiene tiempo hasta el 14 de febrero para inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare para agregar cobertura para medicamentos.] [*MA-only plans insert the following:* Si está inscrito en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, puede continuar con esa cobertura cuando cambia a Original Medicare.]
* **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. [*MA-PD plans insert the following:* Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.]

#### Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de *[insert 2018 plan name]* pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial.**

* **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, usted es elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)):
* En general, cuando se muda.
* *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable]* Si tiene Medicaid.
* Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
* Si rompemos nuestro contrato con usted.
* Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
* [*Plans in* *states with PACE, insert:* Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).
* **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
* **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
* Otro plan de salud de Medicare (puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
* Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
* *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
* *[MA-only plans, omit]* **Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

*[MA-only plans, omit]* **Nota:** si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

* **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

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

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

* Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
* Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You* *2018*** (Medicare y Usted 2018).
* Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare, reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
* También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
* Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

#### Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare [*MA-PD plans insert:* *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare], debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

* Nos puede hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
* *O bien,* puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

| Si desea cambiar de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
| --- | --- |
| * Otro plan de salud de Medicare. | * Inscribirse en un nuevo plan de salud de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.   Su inscripción en *[insert 2018 plan name]* se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience. |
| * Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. | * Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare antes del 7 de diciembre.   Su inscripción en *[insert 2018 plan name]* se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.   * [*MA-only plans replace bullet above with the following three bullets:* **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). **Luego, póngase en contacto con el plan de medicamentos con receta de Medicare en el que quiere inscribirse y solicite su inscripción.** * También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. * Su inscripción en *[insert 2018 plan name]* se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare. Si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, esa cobertura debería también comenzar en este momento.] |
| * Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.   + **Nota:** si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1. | * **Póngase en contacto con el Servicio para los miembros y pida que cancelen su inscripción en el plan (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).** * También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. * Su inscripción en *[insert 2018 plan name]* se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare. |

### SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos [*insert if applicable:* y medicamentos] a través de nuestro plan

#### Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja *[insert 2018 plan name]*, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica [*insert if applicable:* y sus medicamentos con receta] a través de nuestro plan.

* **[*Insert if applicable:* Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red [*insert if applicable:,* incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo].]
* **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

### SECCIÓN 5 *[Insert 2018 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

#### Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

***[Insert 2018 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:**

* Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
* Si se muda fuera del área de servicio.
* Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante 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 largo, deberá llamar a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los miembros).
* [*Full and partial network plans that offer a visitor/traveler benefit insert the following sentence:* Consulte la Sección 2.3 del Capítulo 4 para obtener información sobre cómo obtener atención médica cuando se encuentra fuera del área de servicio a través de los beneficios para visitantes/viajeros que ofrece nuestro plan.]
* [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert:* Si ha sido miembro de nuestro plan de manera ininterrumpida desde antes de enero de 1999 *y* vivía fuera de nuestra área de servicio antes de enero de 1999, aún es elegible, siempre que no se haya mudado desde antes de enero de 1999. Sin embargo, si se muda fuera de nuestra área de servicio, se cancelará su inscripción en el plan.]
* Si es encarcelado (va a prisión).
* Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
* Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
* *[Omit if not applicable]* Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
* Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
* *[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 las primas del plan durante *[insert length of grace period, which cannot be less than two calendar months]*.
* Debemos avisarle por escrito que tiene *[insert length of grace period, which cannot be less than two calendar months]* para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
* *[MA-only plans, omit]* Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

* Puede llamar a **Servicios para los miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

#### Sección 5.2 No podemospedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

*[Insert 2018 plan name]* no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada a su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicareal 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10], [*insert as applicable:* del Capítulo 7 *OR* del Capítulo 9] para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

## Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 266

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 266

SECCIÓN 3 Aviso 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, a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

### SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

### SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

*[Plans may add language describing additional categories covered under state human rights laws.]* No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

### SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), *[insert 2018 plan name]*, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

*[Note: You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability, a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. 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 “Servicios para los miembros” to “Servicio al cliente”) 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, red, PHO, grupo médico del plan, Punto de servicio.]*

*[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 quirúrgico ambulatorio**: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

**Período de inscripción anual:** un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

**Apelación**: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. [*Insert as applicable:* El Capítulo 7 *OR* El Capítulo 9] explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

**Facturación de saldos:** *[Plans that allow balance billing may edit the percentage to reflect their actual balance billing rate.]* una situación en la que un proveedor (un médico o el hospital) le factura al paciente hasta el 15 % más que el monto de pago del plan para los servicios. El monto de la “facturación de saldos” se cobra junto con el monto del costo compartido habitual del paciente. [*Plans that prohibit balance billing insert:* Como miembro de *[insert 2018 plan name]*, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.] Para obtener información sobre la facturación del saldo, consulte la Sección 1.6 del Capítulo 4.

**Período de beneficios:** *[Modify definition as needed if plan uses benefit periods for SNF stays but not for inpatient hospital stays.]* la manera en que [*insert if applicable:* nuestro plan y] Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). *[Plans that offer a more generous benefit period, revise the following sentences to reflect the plan’s benefit period.]* El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. [*Insert if applicable:* Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios.] No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

**Medicamento de marca**: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $*[insert 2018 out-of-pocket threshold]* en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)**: es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

**Coseguro**: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los servicios [*insert if applicable:* o medicamentos con receta] [*insert if applicable:* después de que pague los deducibles]. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

**Queja**: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas solo se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Reclamo” en esta lista de definiciones.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF):** un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

**Copago**: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por el servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta al médico o por un medicamento con receta.

**Costo compartido**: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios [*insert if applicable:* o medicamentos]. [*Insert if plan has a premium:* (Esto es complementario a la prima mensual del plan.)] El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios [*insert if applicable:* o medicamentos]; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un servicio [*insert if applicable:* o medicamento] específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio [*insert if applicable:* o medicamento], , que un plan exige cuando se recibe un servicio [*insert if applicable:* o medicamento] específico. Es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

*[Delete if plan does not use tiers]* **Nivel de costo compartido**: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

**Determinación de cobertura**: una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos**: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

**Servicios cubiertos**: es el término general que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

**Cobertura acreditable para medicamentos con receta**: es la cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Cuidado asistencial**: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

**Costo compartido diario**: es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su “costo compartido diario” es de $1 por día. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

**Deducible:** el monto que debe pagar por la atención médica [*insert if applicable:* o los medicamentos con receta] antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Cancelar la inscripción** o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

*[MA-only plans, omit]* **Costo de suministro**: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

**Equipo médico duradero (DME)**: ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un médico para usar en el hogar.

**Emergencia**: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

**Atención de emergencia**: servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

**Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada,se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, 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 recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

**Ayuda adicional:** un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Medicamento genérico**: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

**Reclamo**: un tipo de queja que se presenta sobre nosotros o alguno de los proveedores [*insert if applicable:* o farmacias] de nuestra red, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

**Auxiliar de atención de la salud en el hogar**: un asistente de salud en el hogar brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención de la salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

**Hospicio**: una persona inscrita con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

**Hospitalización:** es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

**Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA)**:​si su ingreso está por encima de cierto límite, pagará un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso además de su prima mensual del plan. Por ejemplo, las personas con ingresos superiores a $*[insert amount]* y las parejas casadas con ingresos superiores a $*[insert amount]* deben pagar un monto más alto por la prima de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (seguro médico). Este monto adicional se llama monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

**Límite de cobertura inicial**: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

**Etapa de cobertura inicial**: esta es la etapa antes de que [*insert as applicable:* sus costos totales por sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre *OR* los costos que paga de su bolsillo] para el año alcancen [*insert as applicable: [insert 2018 initial coverage limit] OR [insert 2018 out-of-pocket threshold]*.]

**Período de inscripción inicial**: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina tres meses después del mes en que cumple 65 años.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”)**: una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS)**: consulte “Ayuda adicional”.

**Monto máximo que paga de su bolsillo:** es el monto que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B]*. [MA-only plans and plans without a premium revise the following sentence as needed]* Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. [*Plans with service category MOOPs insert:* Además del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B], también existe un monto máximo que paga de su bolsillo para determinados tipos de servicios.] Consulte la Sección 1.*[insert subsection number]* del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

**Medicaid (o asistencia médica):** un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 se incluye más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Indicación médicamente aceptada:** un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

**Médicamente necesario**: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

**Medicare**: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, a algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y a personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare [*insert only if there is a cost plan in your service area:* un plan Medicare Cost] [*insert only if there is a PACE plan in your state:* un plan de Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE)] o un plan Medicare Advantage.

**Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage**:un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a Original Medicare. El Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage es del 1 de enero al 14 de febrero de 2018.

**Plan Medicare Advantage (MA)**: a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se denominan

**Planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Plan Medicare Cost**: un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o un Plan médico competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.]

**Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare**: un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

**Servicios cubiertos por Medicare:** servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Plan de salud de Medicare**: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

**Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare)**: es el seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare)**: es el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”)**: una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Servicios para los miembros**: un departamento dentro de nuestroplan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para los miembros, consulte el Capítulo 2.

**Farmacia de la red**:farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

**Proveedor de la red**: son proveedores, como médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica, que han firmado un contrato con nosotros para ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Estos proveedores han aceptado atender a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

[*Include if applicable:* **Beneficios complementarios opcionales:** beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.]

**Determinación de la organización**: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. El proveedor o el centro de la red del plan Medicare Advantage también han tomado una determinación de la organización cuando le brindan un producto o servicio, o lo remiten a un proveedor fuera de la red para obtener un producto o servicio. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. [*Insert as applicable:* En el Capítulo 7 *OR* En el Capítulo 9] se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Original Medicare** (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Proveedor fuera de la red o centro de fuera de la red**: un proveedor o centro con el que no hemos firmado un contrato ni acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

**Costos que paga de su bolsillo**: consulte la definición de “costo compartido” anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios [*insert if applicable:* o medicamentos] recibidos también se conoce como el requisito de costo que “paga de su bolsillo” un miembro.

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **Plan PACE**: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen los servicios de atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.]

**Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.**

**Parte D**: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

**Medicamentos de la Parte D**: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

[*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 menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.]

**Multa por inscripción tardía:** un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta, no se le aplica la multa por inscripción tardía. No pagará una multa por inscripción tardía si recibe “Ayuda adicional”.

**Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO):** un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específica. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido por el miembro será normalmente superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los gastos directos de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los gastos directos de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

**Prima**: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

*[Plans that do not use PCPs, omit]*[*insert as appropriate:* Médico *OR* Proveedor] de atención primaria **(PCP)**: su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted tenga la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los [*insert as appropriate:* médicos *OR* proveedores].

**Autorización previa:** la aprobación por adelantado para obtener servicios [*if applicable*: o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.] En un plan PFFS, no necesita autorización previa para recibir servicios. Sin embargo, tal vez quiera consultar con su plan antes de obtener servicios para confirmar que el servicio esté cubierto por su plan y para conocer la parte del costo que le corresponde a usted.

**Dispositivos ortésicos y protésicos**: estos son los dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

**Organización para la mejora de la calidad (QIO)**: un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Límites de cantidad**: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

**Servicios de rehabilitación**: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

**Área de servicio**: es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

**Centro de atención de enfermería especializada (SNF)**: servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

**Período de inscripción especial:** un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de convalecencia, o si rompemos nuestro contrato con usted.

**Plan de necesidades especiales:** un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones 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*:*** es el costo compartido que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red*.*]

**Tratamiento escalonado**: una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI):** beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

[*Full-network plans insert:* **Servicios de urgencia**: los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia y que requiere de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con 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.]*

**Servicios para los miembros de *[Insert 2018 plan name]***

| Método | Servicios para los miembros: Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para 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 A** | *[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 fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen 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 AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |