



Evidencia de Cobertura

Simply Care (HMO SNP)
Ofrecido por Simply Healthcare Plans



En este folleto, se brindan detalles acerca de la cobertura de atención de la salud y de medicamentos recetados que Medicare le ofrece desde el 1. ° de enero hasta el 31 de diciembre de 2018.

1-877-577-0115, TTY 711



EOC_67477FLSSPSHP_079
Y0114_18_31707_U_SP_079_EOC CMS Accepted

H5471 053 000 FL

It's important we treat you fairly

That's why we follow Federal civil rights laws in our health programs and activities. We don't discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. For people with disabilities, we offer free aids and services. For people whose primary language isn't English, we offer free language assistance services through interpreters and other written languages. Interested in these services? Call Member Services for help (TTY: 711).

If you think we failed to offer these services or discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a complaint with our Grievance and Appeals Department in writing, 9250 W. Flagler Street, Suite 600; Miami, FL 33174-3460. Or you can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 or by calling 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) or online at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Get help in your language

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternate formats. If you need a copy of this document in an alternate format, please call Member Services.

English: You have the right to get this information and help in your language for free. Call Member Services for help.

Spanish: Tiene el derecho de obtener esta información y ayuda en su idioma de forma gratuita. Llame al número de Servicios al Afiliado para obtener ayuda.

Amharic:

ይህንን መረጃ የማግኘትና በቋንቋዎ እርዳታ የማግኘት መብት አለዎት። እርዳታ ለማግኘት የደንበኞች አገልግሎት ይደውሉ።

Arabic:

يحق لك الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك مجاناً. اتصل بخدمة العملاء للمساعدة.

Chinese: 您有權使用您的語言免費獲得該資訊和協助。請致電客戶服務部尋求協助。

French: Vous avez le droit d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour obtenir de l'aide, veuillez appeler le service client.

German: Sie haben das Recht, diese Informationen und Unterstützung kostenfrei in Ihrer eigenen Sprache zu erhalten. Bitte rufen Sie den Kundendienst an, um Hilfe anzufordern.

Gujarati: તમને તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મફત મેળવવાનો હક છે. મદદ માટે ગ્રાહક સેવા નંબર પર કોલ કરો.

Haitian: Ou gen dwa resevwa enfòmasyon sa a ak asistans nan lang ou pale a pou gratis. Rele nimewo Sèvis Kliyan an pou jwenn èd.

Italian: Ha il diritto di ricevere queste informazioni ed eventuale assistenza nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per assistenza, chiami il Servizio clienti.

Korean: 귀하께서는 본 정보와 도움을 비용없이 귀하의 언어로 받으실 권리가 있습니다. 도움을 받으시려면 고객 서비스부로 연락해 주십시오.

Polish: Masz prawo do bezpłatnego otrzymania niniejszych informacji oraz uzyskania pomocy w swoim języku. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta w celu uzyskania pomocy.

Portuguese: Você tem o direito de receber gratuitamente estas informações e ajuda no seu idioma. Ligue para o Atendimento ao Cliente para obter ajuda.

Russian: Вы имеете право получить данную информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Для получения помощи звоните в отдел обслуживания клиентов.

Tagalog: May karapatan kang makuha ang impormasyon at tulong na ito sa sarili mong wika ng walang kabayaran. Tumawag sa Serbisyo para sa mga Kustomer para matulungan ka.

Thai: คุณมีสิทธิรับข้อมูลนี้และรับความช่วยเหลือในภาษาของคุณได้ฟรี
ติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าสำหรับความช่วยเหลือ

Vietnamese: Bạn có quyền được biết về thông tin này và được hỗ trợ bằng ngôn ngữ của bạn miễn phí. Hãy liên hệ với Dịch vụ khách hàng để được hỗ trợ.



1.º de enero – 31 de diciembre de 2018

Evidencia de Cobertura

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como afiliado de Simply Care (HMO SNP)

En este folleto se proporcionan detalles acerca de la cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2018. Se explica cómo obtener la cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Simply Care (HMO SNP) es ofrecido por Simply Healthcare Plans. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro" significa Simply Healthcare. Cuando se dice "plan" o "nuestro plan", significa Simply Care (HMO SNP).)

Simply Healthcare Plans, Inc. es un plan de atención coordinada contratado por Medicare que tiene contrato de Medicaid con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida con el objetivo de brindar beneficios o de coordinar beneficios para sus inscritos. La inscripción en Simply Healthcare Plans, Inc. depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-577-0115 (TTY: 711).

Comuníquese con el número de teléfono de nuestros Servicios para Afiliados al 1-877-577-0115 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

Este documento está disponible en Braille, en texto en letra grande y en cintas de audio. Para solicitar este documento en formato alternativo, comuníquese con Servicios para Afiliados al número de teléfono que aparece en el dorso de este folleto.

Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2019.

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

Evidencia de Cobertura para 2018

Índice

Esta lista de capítulos y de números de página es el punto de partida. Si necesita más información, consulte la primera página de un capítulo. Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.

Capítulo 1. Cómo comenzar como afiliado 4

En este capítulo se explica qué significa estar inscrito en un plan de salud de Medicare y cómo se utiliza este folleto. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa de inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de afiliado del plan y cómo mantener su registro de afiliado actualizado.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 21

Le informa qué debe hacer para comunicarse con nuestro plan (Simply Care (HMO SNP)) y con otras organizaciones; entre ellas, Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO), el Seguro Social (Social Security), Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados y la Junta Ferroviaria de Retiro (Railroad Retirement Board, RRB).

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos .. 34

En este capítulo se explican temas importantes que debe saber acerca de cómo obtener atención médica como afiliado de nuestro plan. Entre los temas se incluyen el uso de los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención si tiene una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar) 48

En este capítulo, se proporcionan los detalles sobre los tipos de atención médica que tienen cobertura y los que *no* tienen cobertura para los afiliados de nuestro plan. Se explica qué parte del costo pagará por su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D 89

En este capítulo se explican las normas que debe cumplir al obtener los medicamentos de la Parte D. Se le indica cómo utilizar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* por el plan (*Formulario*) para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Se detalla qué medicamentos *no* están cubiertos. Se describen los diversos tipos de restricciones que se aplican para la cobertura de determinados medicamentos. Se informa dónde se pueden abastecer las recetas. Se describen los programas del plan para la seguridad y el control de los medicamentos.

Capítulo 6. Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D.. 108

En este capítulo se explican las tres etapas de cobertura de medicamentos (Etapa inicial de cobertura, Etapa sin cobertura, Etapa de cobertura en caso de catástrofe) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Se describen los cinco niveles de distribución de costos para sus medicamentos de la Parte D y lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de distribución de costos.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos.. 124

Se explica cuándo y cómo debe enviarnos una factura si desea que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 131

Se explican los derechos y las responsabilidades que tiene como afiliado de nuestro plan. Se describe qué puede hacer si considera que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos) 146

En este capítulo se explica paso a paso qué debe hacer si tiene problemas o inquietudes como afiliado de nuestro plan.

- Se indica qué debe hacer para solicitar que se tomen decisiones sobre la cobertura y cómo debe presentar apelaciones en caso de tener problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que considera cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o a las restricciones adicionales de su cobertura de medicamentos recetados; también incluye solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención hospitalaria y de ciertos tipos de servicios médicos, si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto.
- Se describe cómo se deben presentar los reclamos relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan 192

En este capítulo se explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. También se describen los casos en los que nuestro plan exige que finalicemos su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 199

Se incluyen notificaciones relacionadas con las leyes vigentes y contra la discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 206

Se explica la terminología clave que se utiliza en este folleto.

Capítulo 1

Cómo comenzar como afiliado

Capítulo 1. Cómo comenzar como afiliado

Sección 1.	Introducción	7
Sección 1.1	Usted está en este momento inscrito en Simply Care (HMO SNP), que se trata de un plan de Medicare Advantage especializado (“Plan para necesidades especiales”)	7
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto de <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>	7
Sección 2.	¿Qué requisitos debe reunir para ser afiliado del plan?	8
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B?	8
Sección 2.3	Aquí está el área de servicios de Simply Care (HMO SNP)	9
Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o residente legal	9
Sección 3.	¿Qué material obtendrá de nosotros?	9
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan - úsela para recibir toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i> : su guía para todos los proveedores en la red del plan	10
Sección 3.3	El <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i> : su guía de las farmacias de nuestra red	11
Sección 3.4	La <i>Lista de Medicamentos Cubiertos por el plan (Formulario)</i>	11
Sección 3.5	La <i>Explicación de Beneficios de la Parte D (Explanation of Benefits, "EOB de la Parte D")</i> : informes con un resumen de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D	12
Sección 4.	La prima mensual de Simply Care (HMO SNP)	12
Sección 4.1	¿Cuánto paga por la prima del plan?	12
Sección 5.	¿Tiene que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?	13
Sección 5.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?	13
Sección 5.2	¿De cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?	13
Sección 5.3	En algunos casos, puede inscribirse tarde y no pagar la multa	14
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía?	15

Sección 6.	¿Es obligatorio pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	15
Sección 6.1	¿Quién debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a los ingresos?	15
Sección 6.2	¿Cuál es el monto adicional de la Parte D?	15
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con el pago del monto adicional de la Parte D?	16
Sección 6.4	¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D?	16
Sección 7.	Más información sobre su prima mensual	16
Sección 7.1	Existen varios modos de pagar la prima de su plan	17
Sección 7.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?	18
Sección 8.	Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan	18
Sección 8.1	Cómo asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted	18
Sección 9.	Protegemos la privacidad de su información personal de salud	19
Sección 9.1	Nos aseguramos de proteger su información personal de salud	19
Sección 10.	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	19
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	19

Sección 1. Introducción

Sección 1.1

Usted está en este momento inscrito en Simply Care (HMO SNP), que se trata de un plan de Medicare Advantage especializado (“Plan para necesidades especiales”)

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Simply Care (HMO SNP).

La cobertura bajo este plan califica como cobertura esencial mínima (MEC) y satisface el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). 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 más información.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Simply Care (HMO SNP) es un plan de Medicare Advantage especializado (un "Plan para Necesidades Especiales" de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Simply Care (HMO SNP) está diseñado específicamente para personas que viven en una institución (como un hogar de ancianos) o que necesitan un nivel de atención que habitualmente se brinda en un hogar de ancianos.

Nuestro plan incluye acceso a la red de proveedores que se especializan en el tratamiento de pacientes que requieren este nivel de atención de enfermería. Como afiliado del plan, usted obtiene beneficios especialmente diseñados y nuestro plan coordina toda su atención.

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este Plan para Necesidades Especiales de Medicare

Advantage está aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2

¿De qué trata el folleto de *Evidencia de Cobertura*?

En el folleto de *Evidencia de Cobertura* se le informa qué debe hacer para recibir cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan. Este folleto le explica sus derechos y obligaciones, cuáles son los servicios cubiertos y cuánto paga como afiliado del plan.

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención médica, a los servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como afiliado de nuestro plan.

Es importante que usted aprenda cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome un tiempo para leer este folleto de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el Servicios para Afiliado de nuestro plan (los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto).

Sección 1.3

Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted en relación a cómo el plan le ofrece cobertura de atención. Este contrato también incluye el formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y las notificaciones que le enviemos sobre los cambios o las condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones a veces se llaman "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato tiene vigencia durante los meses en que esté inscrito en el plan, entre el 1.º de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Simply Care (HMO SNP) después del 31 de diciembre de 2018. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicios diferente, después del 31 de diciembre de 2018.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación del plan.

Sección 2. ¿Qué requisitos debe reunir para ser afiliado del plan?

Sección 2.1

Requisitos de elegibilidad

Usted reúne las condiciones para la membresía de nuestro plan siempre que:

- Usted tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B (la Sección 2.2 le informa sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B)
- -- y -- usted viva en el área geográfica de servicios (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicios)
- -- y -- usted sea un ciudadano estadounidense o esté admitido legalmente en los Estados Unidos
- -- y -- no padezca enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), con excepciones limitadas, como por ejemplo si desarrolla una ESRD cuando ya es afiliado de un plan que ofrecemos o era afiliado de un plan diferente que finalizó.

- -- y -- reúna los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especiales de personas que necesitan un nivel de atención que habitualmente se brinda en un hogar de ancianos.

A fin de reunir las condiciones para inscribirse en nuestro plan, usted vive en uno de los hogares de ancianos de nuestra red. Consulte el *Directorio de Proveedores/Farmacias* del plan para obtener una lista de los hogares de ancianos de nuestra red o llame al Servicios para Afiliados y solicite que le enviemos una lista (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted pierde la elegibilidad de Medicaid pero se puede esperar razonablemente recuperarla en tres meses, entonces todavía es elegible para su membresía en nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura durante un periodo de elegibilidad continua según se considere).

Sección 2.2

¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B?

Cuando usted se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información acerca de qué servicios están cubiertos en Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde:

- En general, Medicare Parte A ayuda a cubrir los servicios brindados por hospitales (para servicios para pacientes internados), centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- Medicare Parte B es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios del médico u otros servicios para pacientes ambulatorios) y

ciertos artículos (como equipo médico duradero [durable medical equipment, DME] y suministros).

requisito, Simply Care (HMO SNP) deberá cancelar su inscripción.

Sección 2.3

Aquí está el área de servicios de Simply Care (HMO SNP)

Aunque Medicare sea un programa Federal, nuestro plan solo está disponible para las personas que viven en el área de servicios de nuestro plan. Para continuar como afiliado de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicios del plan. El área de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicios incluye este condado en Florida: Broward

Si planifica mudarse fuera del área de servicios, comuníquese con los Servicios para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). Si se muda, tendrá un periodo de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

Además 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 el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4

Ciudadano estadounidense o residente legal

Todo miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de los EE. UU. o residente legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a Simply Care (HMO SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro en este régimen. Si no cumple con este

Sección 3. ¿Qué material obtendrá de nosotros?



Sección 3.1

Su tarjeta de membresía del plan - úsela para recibir toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que reciba los servicios cubiertos por este plan al igual que para adquirir los medicamentos recetados en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde.

Capítulo 1. Cómo comenzar como afiliado

A continuación, encontrará una muestra de la tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:

	[Plan Name Here]
[Member Name]	
Member ID: MCXXXXXXXXXX	PCP: [Physician Name]
Effective Date: XX/XX/XXXX	PCP Phone: (XXX)XXX-XXXX
Copayment Office Visit: \$X	Specialist: \$XX
Hospital ER: \$XX	
RxGroup: WM2A	
RxBin: 003858	
RxPCN: MD	
Issuer: (80840)	
	

http://mysimplymedicare.com	
Member Services Department: 1-XXX-XXX-XXXX TTY: 711	
Dental Services:	1-XXX-XXX-XXXX
Mental Health:	1-XXX-XXX-XXXX
Transportation:	1-XXX-XXX-XXXX
Provider Services Eligibility, Authorizations and Claim Status	1-XXX-XXX-XXXX
Pharmacy Inquiries	1-XXX-XXX-XXXX
Pharmacy Authorizations	1-XXX-XXX-XXXX
Claims Address:	SHP PO Box XXXXX CITY, ST XXXXX

Mientras sea afiliado de nuestro plan, **no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (excepto para estudios de investigación clínica de rutina y servicios de centros para enfermos terminales). Guarde su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro por si la necesita en otro momento.

A continuación le explicamos por qué esto es tan importante: Si mientras es afiliado del plan, utiliza su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul en lugar de su tarjeta de membresía de Simply Care (HMO SNP) para recibir servicios cubiertos, es posible que deba pagar el costo total usted mismo.

Si la tarjeta de membresía de su plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a los Servicios para Afiliados y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números telefónicos de los Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 3.2

El Directorio de Proveedores y Farmacias: su guía para todos los proveedores en la red del plan

El *Directorio de Proveedores/Farmacias* enumera nuestros proveedores de la red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tengan un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier distribución de costos del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red?

Es importante saber cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras usted sea afiliado de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener servicios y atención médica. La red de proveedores está diseñada para satisfacer las necesidades de los beneficiarios de Medicare que requieren servicios de atención a largo plazo (LTC). La sub-red de LTC incluye proveedores adicionales que proporcionan servicios en instalaciones o en el hogar, tales como proveedores de servicios de salud en el hogar, hogares de ancianos, centros de vida asistida, podólogos, laboratorios, diagnósticos móviles y otros especialistas.

Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios urgentemente necesarios en caso de que la red no esté disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área de servicios), los servicios de diálisis fuera del área de servicios y los casos en que el plan autorice la prestación de los proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre las

coberturas de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene una copia del *Directorio de Proveedores/Farmacias*, puede solicitarla a los Servicios para Afiliados (los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto). Puede consultar a los Servicios para Afiliados para conseguir más información acerca de nuestros proveedores de la red, incluida su capacitación.

También puede consultar el *Directorio de Proveedores/Farmacias* en www.mysimplymedicare.com o descargarlo de este sitio web. Tanto los Servicios para Afiliados como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

Sección 3.3

El Directorio de Proveedores y Farmacias: su guía de las farmacias de nuestra red

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado abastecer las recetas cubiertas para los afiliados de nuestro plan.

¿Por qué es necesario que se informe sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de Proveedores/Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. Puede consultar el *Directorio de Proveedores/Farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.mysimplymedicare.com. También puede llamar a los Servicios para Afiliados para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores y Farmacias* por correo postal. **Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2018 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de Proveedores/Farmacias*, puede obtener una copia a través de los Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a los Servicios para Afiliados para obtener información actualizada sobre los cambios realizados en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, en www.mysimplymedicare.com.

Sección 3.4

La Lista de Medicamentos Cubiertos por el plan (Formulario)

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La denominamos "*Lista de Medicamentos*" para abreviar. La lista indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan.

La *Lista de Medicamentos* también le informa de si hay alguna norma que limite la cobertura de los medicamentos.

Le enviaremos una copia de la *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.mysimplymedicare.com) o llamar a los Servicios para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).

Sección 3.5

La Explicación de Beneficios de la Parte D (Explanation of Benefits, "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios para medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para que pueda comprender y llevar un registro de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o "EOB de la Parte D").

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otros en su nombre, ha gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada medicamento recetado de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D*) le da más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible, si lo solicita, un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, comuníquese con el Servicios para Afiliados (los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto).

Sección 4. La prima mensual de Simply Care (HMO SNP)

Sección 4.1

¿Cuánto paga por la prima del plan?

Como afiliado de nuestro plan, usted paga una prima mensual. Para 2018, la prima mensual de nuestro plan es de \$29.10. Además, usted debe seguir pagando su

prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero la pague por usted).

En algunas circunstancias, la prima de su plan podría ser menor

El programa "Ayuda Extra" (Extra Help) ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. El Capítulo 2, Sección 7 explica más sobre este programa. Si usted reúne los requisitos, la inscripción en el programa puede disminuir la prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre primas de esta Evidencia de Cobertura no le corresponda**. Le enviamos un folleto adicional denominado "*Modificación de la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen Ayuda Extra para pagar los medicamentos recetados*" (también conocido como la "*Modificación del subsidio por bajos ingresos*" o "*LIS Rider*"), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si no recibe este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el "*LIS Rider*." (Los números telefónicos de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto.)

En algunas circunstancias, la prima de su plan podría ser mayor

En algunas circunstancias, la prima de su plan podría ser mayor al monto detallado anteriormente en la Sección 4.1. Estas circunstancias se describen a continuación.

- Algunos afiliados deben pagar una **Parte D multa por inscripción tardía** debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando comenzaron a ser elegibles o debido a que permanecieron durante un periodo continuo de 63 días o más sin cobertura "acreditable" de medicamentos recetados. ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos afiliados, la multa por inscripción tardía

de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. Deberán pagar la prima mensual del plan, más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

- Si usted debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el monto de la multa depende de la cantidad de tiempo que esperó hasta que se inscribió en la cobertura de medicamentos o de la cantidad de meses que estuvo sin cobertura después de ser elegible. En el Capítulo 1 Sección 5 se explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
- Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se anule su inscripción en el plan.

Sección 5. ¿Tiene 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 recibe “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, 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. Si usted adeuda una multa por inscripción tardía después de que su periodo inicial ha finalizado, existe un periodo continuo de 63 días o más en el que no tendrá cobertura acreditable de la Parte D o de otros medicamentos recetados. "Cobertura acreditable para medicamentos recetados" es una cobertura que cumple con el estándar mínimo de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.

El monto de la multa depende de cuánto esperó para inscribirse en un plan de cobertura de medicamentos

recetados acreditable en cualquier momento después del final del periodo de inscripción inicial o cuántos meses calendario completos ha estado sin cobertura acreditable de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan, le informaremos el monto de la multa.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se considera como parte de la prima del plan.

Sección 5.2

¿De cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- Primero, se cuentan los meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de comenzar a reunir las condiciones para hacerlo. O se cuentan los meses completos en que estuvo sin cobertura acreditable para los medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes en el que no tuvo una cobertura acreditable. Por ejemplo, si ha estado 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determinará el monto de la prima promedio mensual para los planes de medicamentos de Medicare en el país sobre la base del año anterior. Para 2018, el monto de la prima promedio es de \$35.02.
- Para calcular la multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por la prima promedio mensual y redondearla a los 10 centavos siguientes. En este ejemplo, sería el 14 % de \$35.02, que equivale a \$4.903. Este monto se redondea a \$4.90. Este monto se debe agregar **a la prima mensual en el caso de una persona sujeta a una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Existen tres puntos importantes que se deben tener en cuenta acerca de esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar todos los años** debido a posibles cambios anuales en la prima promedio mensual. Si surge un incremento en la prima promedio nacional (según lo determine Medicare), la multa también se incrementará.
- Segundo, **continuará pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D.
- Tercero, si usted es *menor* de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reajustará cuando cumpla los 65 años. Después de esta edad, su multa por inscripción tardía se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después del periodo de inscripción inicial en Medicare.

Sección 5.3

En algunos casos, puede inscribirse tarde y no pagar la multa

Aunque se haya demorado en la inscripción en un plan que ofrece cobertura de Medicare Parte D en el momento en que reunía los requisitos, en algunos casos no deberá pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

No deberá pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Si ya tiene cobertura para medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare. Medicare la denomina "**cobertura acreditable de medicamentos**". *Tenga en cuenta lo siguiente:*
 - La cobertura acreditable puede incluir la cobertura de medicamentos provista por un ex empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos (U.S. Department of Veterans Affairs, VA). Su

asegurador o el departamento de recursos humanos le informará todos los años si su cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información se enviará en una carta o se incluirá en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla más adelante para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura médica finaliza puede que no signifique que su cobertura para medicamentos recetados era acreditable. La notificación debe establecer que usted ha tenido cobertura "acreditable" de medicamentos recetados que paga lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.
- Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuentos de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos.
- Para obtener más información sobre la cobertura acreditable, consulte su manual *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 gratis a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si usted no tiene cobertura acreditable, pero la falta de cobertura fue por un periodo inferior a 63 días corridos.
- Si recibe "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare.

Sección 5.4

¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía?

Si usted no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre la multa por inscripción tardía. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha que figura en la carta que recibe y que indica que usted debe pagar una multa por inscripción tardía. Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 6. ¿Es obligatorio pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1

¿Quién debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a los ingresos?

La mayoría de las personas paga la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una suma adicional debido a su ingreso anual. Si su ingreso es de \$85,000 o más, en el caso de personas solteras (o personas casadas que presentan

declaración de ingresos por separado) o de \$170,000 o más, en el caso de matrimonios, debe pagar una suma adicional directamente al gobierno por su cobertura de Medicare Parte D.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará el monto del monto adicional y cómo debe pagarlo. La suma adicional se deducirá del cheque de beneficios que recibe del Seguro Social (Social Security), de la Junta Ferroviaria de Retiro (Railroad Retirement Board), de la Oficina de Administración de Personal Federal (Office of Personnel Management), independientemente de cómo pague la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la suma adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir un monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe abonar el monto adicional al gobierno. No puede pagarse con la prima mensual de su plan.**

Sección 6.2

¿Cuál es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI), como se informa en la declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), es mayor a determinado monto, deberá pagar una suma adicional además de la prima mensual del plan.

El siguiente cuadro muestra el monto adicional según su ingreso.

Si presentó una declaración de impuestos individual y sus ingresos en 2016 fueron de:	Si está casado y presentó una declaración de impuestos por separado y sus ingresos en 2016 fueron de:	Si presentó una declaración de impuestos conjunta y sus ingresos en 2016 fueron de:	Este es el costo mensual del monto adicional por la Parte D (que deberá pagar además de la prima del plan)
Igual o menor a \$85,000	Igual o menor a \$85,000	Igual o menor a \$170,000	\$0.00
Más de \$85,000 y menor o hasta \$107,000		Más de \$170,000 y menor o hasta \$214,000	\$13.00
Más de \$107,000 y menor o hasta \$133,500		Más de \$214,000 y menor o hasta \$267,000	\$33.60
Más de \$133,500 y menor o hasta \$160,000		Más de \$267,000 y menor o hasta \$320,000	\$54.20
Más de \$160,000	Más de \$85,000	Más de \$320,000	\$74.80

Sección 6.3

¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con el pago del monto adicional de la Parte D?

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

Sección 6.4

¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no al plan de Medicare) por su cobertura de Medicare Parte D. Si debe pagar el monto adicional, y no lo hace, se anulará su inscripción en el plan y perderá su cobertura para medicamentos recetados.

Sección 7. Más información sobre su prima mensual

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare

Además de la prima mensual del plan, muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anteriormente, a fin de reunir las condiciones para nuestro plan, usted debe tener derecho a Medicare Parte A y estar inscrito en Medicare Parte B. Por esta razón, algunos afiliados del plan (los que no sean elegibles para nuestra Parte A sin prima) pagan una prima de Medicare Parte A. Y la mayoría de los afiliados del plan pagan la prima de Medicare Parte B. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para continuar siendo afiliado de nuestro plan.**

Algunas personas pagan un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales. Esto se conoce como Montos de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, o IRMAA. Si su ingreso es de más de \$85,000, en el caso de personas solteras (o personas casadas que presentan declaración de ingresos por separado) o de más de \$170,000, en el caso de matrimonios, **usted debe pagar un monto adicional**

al **Gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de Medicare Parte D.

- **Si usted debe pagar el monto adicional y no lo hace, se anulará su inscripción en el plan y perderá su cobertura para medicamentos recetados.**
- Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será dicho monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según los ingresos, consulte el Capítulo 1, Sección 6 de este folleto. También puede visitar <https://www.medicare.gov> en el sitio web, o bien, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete 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.

La copia de *Medicare y Usted 2018* le brinda información acerca de las primas de Medicare en la sección denominada "Costos de Medicare 2018". Esto explica las diferencias entre las primas de Medicare Parte B y Parte D para personas de diferentes ingresos. Todas las personas que tengan Medicare recibirán una copia de *Medicare y Usted* en el otoño de cada año. Las personas nuevas en Medicare la reciben un mes después de haberse inscrito. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2018* del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa por teléfono, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1

Existen varios modos de pagar la prima de su plan

Existen dos modos de pagar la prima de su plan. Usted puede elegir recibir una factura, o que deduzcamos automáticamente la prima de su cheque mensual del Seguro Social. El formulario de inscripción incluía

una sección para seleccionar una opción de pago. Si no seleccionó la opción de pago automático, recibirá una factura todos cada año. Si desea cambiar su forma de pago de la prima, comuníquese con nuestros Servicios para Afiliados al número que figura en la contraportada. Si decide cambiar la forma de pago de la prima, el cambio puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, debe asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Los cheques de la prima del plan deberán hacerse a nombre de Simply Healthcare Plans, Inc., y deberán recibirse para el día seis de cada mes.

Envíe por correo o entregue el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D a:

Simply Healthcare Plans - Billing
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174-3460

Opción 2: Puede hacer deducir la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer deducir la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para Afiliados si desea obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de este modo. Nos complacerá ayudarlo con este tema. (Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto.)

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

El pago de la prima del plan debe llegar a nuestras oficinas antes del sexto día del mes.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicios para Afiliados para ver si le podemos recomendar programas que le ayuden con la prima de su plan. (Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto.)

Sección 7.2

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

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que facturamos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente se lo anticiparemos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que usted tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted comienza a ser elegible para participar en el programa "Ayuda Extra" (Extra Help) o si usted pierde la elegibilidad para este programa durante el año. Si un afiliado reúne los requisitos para recibir "Ayuda Extra" (Extra Help) para afrontar los costos de los medicamentos recetados, el programa de "Ayuda Extra" (Extra Help) pagará parte de la prima mensual de nuestro plan del afiliado. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra. Un afiliado que pierda su elegibilidad durante el año tendrá que comenzar a pagar el total de su prima mensual. Puede encontrar más información sobre el programa "Ayuda Extra" (Extra Help) en el Capítulo 2, Sección 7.

Sección 8. Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan

Sección 8.1

Cómo asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted

Los registros de su membresía contienen información sobre su formulario de inscripción, que incluye su dirección y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

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

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número telefónico
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que posea (como la cobertura de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación para trabajadores [Worker's Compensation] o Medicaid)
- Si usted enfrenta una reclamación por responsabilidad, como una reclamación por un accidente automovilístico
- Si ha sido internado en un hogar de ancianos
- Si recibe atención médica en un hospital fuera del área de cobertura, que no pertenezca a la red o en una sala de emergencias
- Si su responsable designado (por ejemplo, su cuidador) cambia
- Si usted participa en un estudio de investigación clínica

Llame al Servicios para Afiliados para informarnos sobre cualquier cambio en esta información (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

También es importante que llame al 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 el Capítulo 2, Sección 5.

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que posea

Medicare nos exige que reunamos información sobre usted y sobre cualquier otra cobertura médica o de

medicamentos que posea. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta que enumere las otras coberturas médicas o de medicamentos sobre las que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no esté enumerada, por favor llame al Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 9. Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 9.1

Nos aseguramos de proteger su información personal de salud

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

Para más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, consulte el Capítulo 8, Sección 1.4 de este folleto.

Sección 10. Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1

¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (por ejemplo, cobertura médica de grupo de un empleador), Medicare establece normas que determinan si paga primero nuestro plan o el otro seguro. El seguro que paga en primer lugar se denomina "pagador primario" y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar, denominado "pagador secundario", solo paga si restan costos que el pagador primario no cubrió. El pagador secundario puede no pagar todos los costos que no se cubrieron.

Las siguientes normas se aplican a la cobertura de planes de salud de grupo de un empleador o de un sindicato:

- Si está cubierto por un grupo de jubilación, Medicare paga primero.
- Si tiene cobertura del plan de salud para grupos de su empleador actual o del empleador de un familiar, el seguro que paga primero depende de su edad, del tamaño del empleador y de si tiene Medicare debido a la edad, una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años de edad y discapacitado, y usted o el afiliado de su familia continúan trabajando, su plan de salud de grupo paga primero, siempre y cuando el empleador tenga 100 empleados o más, o tenga, por lo menos, un empleado inscrito en un plan de más de un empleador que tenga más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años de edad, y usted o su cónyuge continúan trabajando, su plan de grupo paga primero, siempre y cuando el empleador tenga 20 empleados o más, o tenga, por lo menos, un empleado inscrito en un plan de más de un empleador que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a que padece una ESRD, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que pasa a reunir los requisitos para Medicare.

Capítulo 1. Cómo comenzar como afiliado

Los siguientes tipos de cobertura generalmente pagan primero los servicios relacionados con cada tipo de cobertura:

- Seguro sin culpa (incluye seguro automotor)
- Responsabilidad (incluye seguro automotor)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Compensación para trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Estos pagan

únicamente después de que haya pagado Medicare, el plan de salud de grupo del empleador o Medigap.

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital o farmacia. Si tiene preguntas sobre qué seguro paga primero, o si necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame al Servicios para Afiliados (los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto). Es posible que deba dar el número de identificación de afiliado del plan a sus otros aseguradores (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen a tiempo y correctamente.

Capítulo 2

Números telefónicos y recursos
importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Sección 1. Contactos del Simply Care (HMO SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluye cómo comunicarse con Servicios para Afiliados del plan)	23
Sección 2. Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	26
Sección 3. Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program) (asistencia gratuita, información y respuestas sobre Medicare)	27
Sección 4. Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare)	28
Sección 5. Seguro Social	28
Sección 6. Medicaid (un programa Federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)	29
Sección 7. Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	30
Sección 8. Cómo comunicarse con la Junta Ferroviaria de Retiro (Railroad Retirement Board)	32
Sección 9. ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?	33

Sección 1. Contactos del Simply Care (HMO SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluye cómo comunicarse con Servicios para Afiliados del plan)

Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados

Si necesita ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Afiliados de nuestro plan. Nos complacerá ayudarlo.

Servicios para Afiliados — Información de contacto

Llame al: 1-877-577-0115. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

Servicios para Afiliados ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711. Para comunicarse con este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

Fax: 1-877-577-0114

Escriba a: Simply Healthcare Plans
Attn: Servicios para Afiliados
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174-3460

Sitio web: www.mysimplymedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando pide una decisión de cobertura sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o sus medicamentos recetados cubiertos en virtud de los beneficios de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo pedir decisiones de cobertura sobre la atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta acerca de nuestro proceso de decisión sobre la cobertura.

Decisiones sobre la cobertura de la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto

Llame al: 1-877-577-0115. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

TTY: 711. Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

Fax: 1-877-577-0114

Escriba a: Simply Healthcare Plans - Determinación sobre la cobertura
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174-3460

Sitio web: www.mysimplymedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando pide una decisión de cobertura sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión que tomamos sobre la cobertura. Para obtener más información sobre cómo pedir decisiones sobre la atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Apelaciones para atención médica o medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto

Llame al: 1-877-577-0115. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

TTY: 711. Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

Fax: 1-866-887-8943

Escriba a: Simply Healthcare Plans
Attn: Grievance and Appeals
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174-3460

Sitio web: www.mysimplymedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza un reclamo sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D

Usted puede presentar un reclamo acerca de nosotros o de uno de los proveedores de nuestra red, incluido un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no incluye las disputas por motivos de cobertura o pago. (Si su problema se relaciona con la cobertura del plan o el pago, consulte la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo realizar quejas sobre la atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Quejas sobre la cobertura de la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto

Llame al: 1-877-577-0115. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

TTY: 711. Para comunicarse con este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

Fax: 1-866-887-8943

Escriba a: Simply Healthcare Plans
Attn: Grievance and Appeals
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174-3460

Sitio web de Medicare: Puede presentar un reclamo acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para presentar un reclamo en línea a Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que haya recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que tal vez necesite pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo pedir que paguemos nuestra parte que le corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos]*) para obtener más información.

Solicitudes de pago — Información de contacto

Llame al: 1-877-577-0115. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este). Las llamadas a este número son gratuitas.

TTY: 711. Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este). Las llamadas a este número son gratuitas.

Fax: 1-877-577-0114

Escriba a: Simply Healthcare Plans
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174-3460

Sitio web: www.mysimplymedicare.com

Sección 2. Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

Medicare es el programa de seguro de salud Federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con discapacidades, y personas con enfermedad renal en etapa terminal (personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contrato con organizaciones Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Información de contacto de Medicare

Llame al: 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227

Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

TTY: 1-877-486-2048

Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.

Sitio web: <https://www.medicare.gov>

Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y los asuntos actuales relacionados. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención de la salud a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.

El sitio web de Medicare también dispone de información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas:

- **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Brinda información sobre su situación de elegibilidad para Medicare.
- **Buscador de planes de Medicare:** Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *cálculo* de los posibles gastos de bolsillo de los distintos planes de Medicare.

También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre los reclamos que pudiera tener acerca de nuestro plan:

- **Informe a Medicare sobre su reclamo:** Puede presentar un reclamo acerca del plan directamente a Medicare. Para presentar un reclamo a Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare considera sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para contribuir a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si no posee una computadora, en la biblioteca local o en los centros para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web utilizando sus

computadoras. O puede llamar a Medicare e indicarles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare, al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 3. Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program) (asistencia gratuita, información y respuestas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se denomina Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

SHINE independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito de seguro médico local a personas con Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos con Medicare, ayudarlo a presentar reclamos sobre su atención o tratamiento médicos, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de los SHINE también pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cambios de plan.

En Florida:

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)
– información de contacto

Llame al: 1-800-963-5337

TTY: 1-800-955-8770
Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.

Escriba a: Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)
4040 Esplanade Way
Suite 270
Tallahassee, FL 32399-7000

Sitio web: <http://www.floridashine.org>

Sección 4. Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare)

Hay una Organización para la Mejora de la Calidad que atiende a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Florida, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO.

La KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que son pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y mejore la calidad de la atención para las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Piensa que la cobertura para la internación en el hospital finaliza demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de los servicios de atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios

(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) está finalizando demasiado pronto.

En Florida:
KEPRO – Información de contacto

Llame al: 1-844-455-8708. De lunes a viernes: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local), fines de semana y feriados: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. (hora local)

TTY: 1-855-843-4776

Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.

Escriba a: KEPRO
5201 W. Kennedy Blvd
Suite 900
Tampa, FL 33609

Sitio web: www.keproqio.com/default.aspx

Sección 5. Seguro Social

El Seguro Social tiene la responsabilidad de determinar si se reúnen los requisitos y de administrar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos de los Estados Unidos y los residentes permanentes legales reúnen los requisitos para Medicare si tienen 65 años de edad o más o tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones.

Si usted ya obtiene cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción para Medicare.

Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto extra por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen un

ingreso superior. Si ha recibido una carta del Seguro Social que le informa que debe pagar un monto extra y tiene preguntas sobre el monto o si su ingreso bajó a causa de un evento que cambió sus circunstancias de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar que se reconsidere su caso.

Es importante llamar al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal.

Seguro Social - información de contacto

Llame al: 1-800-772-1213

Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 07:00:00 a. m. a 07:00:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.

TTY: 1-800-325-0778

Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 07:00:00 a. m. a 07:00:00 p. m., de lunes a viernes.

Sitio web: <https://www.ssa.gov>

Sección 6. Medicaid (un programa Federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también reúnen las condiciones para Medicaid.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, tales como la prima. Estos "Programas de ahorro de Medicare" ayudan a

las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiarios calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B y otros montos de distribución de costos (como montos deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiarios de Medicare con ingresos bajos especificados (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Personas calificadas (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A

Para saber más sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Florida Agency for Health Care Administration.

En Florida:

Florida Agency for Health Care Administration – información de contacto

Llame al: 1-888-419-3456. De 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes

TTY: 1-800-955-8771

Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.

Escriba a: Florida Agency for Health Care Administration
2727 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32308

Sitio web: <http://www.ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml/about>

Sección 7. Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa de "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda Extra" (Extra Help) para pagar los costos de los medicamentos recetados a personas que tengan ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o su automóvil. Si reúne los requisitos, usted obtiene ayuda para pagar cualquier prima mensual, deducible anual y copago de recetas de los planes de medicamentos de Medicare. Esta "Ayuda Extra" (Extra Help) también se contabiliza para los gastos de bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden reunir los requisitos para el programa "Ayuda Extra" (Extra Help). Algunas personas automáticamente califican para recibir "Ayuda Extra" (Extra Help) y no necesitan solicitarla. Medicare les envía una carta a las personas que automáticamente reúnen los requisitos para participar del programa.

Es posible que pueda obtener "Ayuda Extra" (Extra Help) para pagar los costos y las primas de los medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos del programa, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o

- a la oficina estatal de Medicaid (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si usted cree que califica para la "Ayuda Extra" (Extra Help) y cree que está pagando un monto en participación en los costos incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencias de su nivel de copago, o si ya cuenta con evidencia, hacémosla llegar.

Puede mostrar en la farmacia la evidencia de Ayuda Extra proporcionando cualquiera de los mencionados a continuación:

- Copia de su tarjeta de Medicaid con su nombre y fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
- Una de las siguientes cartas de la administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA), que muestre el estatus de Ayuda Extra (Información Importante, Carta de Concesión, Aviso de Cambio o Aviso de Acción);
- Copia de un documento del estado que confirme el estatus activo en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
- Una impresión del archivo de inscripción electrónica del estado que muestre el estatus en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
- Una carta de la SSA mostrando que la persona recibió Ingresos de seguridad suplementaria (Supplemental Security Income, SSI);
- Una factura del centro que demuestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
- Una copia de un documento del estado que confirme el pago de Medicaid al centro por un mes calendario completo en su nombre después de junio del año calendario anterior;
- Un impreso de pantalla del sistema de Medicaid estatal que demuestre su estado institucional sobre

la base de, por lo menos, una estadía de un mes calendario completo a los fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.

Esta evidencia de Ayuda Extra deberá ser confirmada por un farmacéutico, un representante de CMS, un Oficial Estatal de Medicaid, o un Consultor de Beneficios de Simply Healthcare Plans, Inc. La evidencia de Ayuda Extra también deberá reflejar la fecha del periodo de tiempo en cuestión.

Una vez que hayamos actualizado su información en la farmacia, envíe por correo una copia de la evidencia a la siguiente dirección postal para conservar este nivel de copago:

Simply Healthcare Plans, Inc.
9250 W. Flagler Street
Suite 600
Miami, FL 33174-3460

Además, le enviaremos una carta de seguimiento solicitando que nos envíe por correo la evidencia dentro de los 30 días posteriores a la fecha de esta carta.

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga un monto superior al del copago, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque con la diferencia o compensaremos dicha diferencia en copagos futuros. Si la farmacia no ha recibido el copago de usted y dicho copago figura como no pagado, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que realicemos el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios para Afiliados si tiene preguntas (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

Programa de Descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare

El programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare brinda descuentos del

fabricante en los medicamentos de marca a los inscritos en la Parte D que llegaron a la Etapa sin cobertura y ya no reciben la "Ayuda Extra" (Extra Help). Para medicamentos de marca, el 50 % de descuento proporcionado por los fabricantes no incluye ninguna comisión del farmacéutico de cualquier costo durante la Etapa sin cobertura. Los afiliados pagan el 35 % del precio negociado y una parte de la comisión del farmacéutico por medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa sin cobertura, aplicaremos el descuento en forma automática cuando la farmacia le facture el medicamento recetado y la *Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)* mostrará los descuentos brindados. El monto que paga y el monto que el fabricante descuenta se contabilizan para sus gastos de bolsillo como si usted los hubiera pagado, y esto lo ayuda hasta que finalice la Etapa sin cobertura. El monto pagado por el plan (15 %) no se aplica a sus gastos de bolsillo.

También recibe un porcentaje de cobertura para medicamentos genéricos. Si alcanza la Etapa sin cobertura, el plan paga el 56 % del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 44 % restante. El monto que paga el plan por los medicamentos genéricos (56 %) no se contabiliza para los gastos de bolsillo. Solo se contabiliza el monto que usted paga, y esto lo ayuda hasta que finalice la Etapa sin cobertura. Además, se incluye la tarifa de preparación como parte del costo del medicamento.

El Programa de Descuentos Durante la Etapa Sin Cobertura de Medicare se encuentra disponible en todo el país. Debido a que nuestro plan ofrece una cobertura adicional durante la Etapa sin cobertura, a veces sus gastos de bolsillo serán inferiores a los costos que aquí se describen. Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información sobre la cobertura durante la Etapa sin cobertura.

Si tiene preguntas sobre la disponibilidad de descuentos en los medicamentos que toma o sobre el Programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare, comuníquese con el Servicios para

Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para tratar el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)? ¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas con VIH/SIDA que reúnen los requisitos para ADAP a tener acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia para la distribución de costos en recetas Florida AIDS Drug Assistance Program.

Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de estado y la condición de SIDA, bajos ingresos según lo defina el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscripto en un ADAP, el mismo puede continuar brindándole asistencia para la distribución de costos en recetas de la Parte D para medicamentos incluidos en la lista de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su representante de inscripción en ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre o número de póliza del plan de Medicare Parte D. Llame a Florida AIDS Drug Assistance Program al 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) English / 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) Español / TTY: 1-888-503-7118.

Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) English / 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) Español / TTY: 1-888-503-7118.

¿Qué pasa si recibe "Ayuda Extra" ("Extra Help") de Medicare para pagar el costo de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener estos descuentos?

No. Si recibe "Ayuda Extra" (Extra Help), usted ya obtiene cobertura para los costos de los medicamentos recetados durante la Etapa sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y considera que debería obtenerlo?

Si considera que ha alcanzado la Etapa sin cobertura y no obtuvo un descuento al pagar sus medicamentos de marca, debe consultar su próxima notificación de la *Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)*. Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo en que debe recibir un descuento, usted puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (los números de teléfono figuran en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 8. Cómo comunicarse con la Junta Ferroviaria de Retiro (Railroad Retirement Board)

La Junta Ferroviaria de Retiro (Railroad Retirement Board) es una agencia Federal independiente que administra los programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de la nación y para sus familias. Si tiene preguntas con respecto a los beneficios de la Junta Ferroviaria de Retiro, comuníquese con la agencia.

Si recibe los servicios de Medicare a través de la Junta Ferroviaria de Retiro (Railroad Retirement Board), es importante hacerles saber si se muda o cambia su dirección postal.

Junta Ferroviaria de Retiro (Railroad Retirement Board) - información de contacto

Llame al: 1-877-772-5772

Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. Si usted cuenta con un teléfono de teclado numérico, la información registrada y los servicios automatizados están disponibles las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los feriados.

TTY: 1-312-751-4701

Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. 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 los beneficios de su grupo del empleador (o del de su cónyuge) o de jubilación como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato o a Servicios para Afiliados si tiene alguna pregunta.

Puede preguntar sobre sus beneficios médicos (o los de su cónyuge) del empleador o de jubilación, el periodo de inscripción o las primas. (Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto.) 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 en virtud de este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su grupo (o el de su cónyuge) del empleador o de jubilación, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

Capítulo 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

Sección 1.	Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica como afiliado de nuestro plan	37
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	37
Sección 1.2	Normas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan	37
Sección 2.	Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica	38
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica	38
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?	39
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	40
Sección 2.4	Cómo recibir atención de los proveedores fuera de la red	41
Sección 3.	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención médica, o durante un desastre	41
Sección 3.1	Cómo recibir atención en caso de una emergencia médica	41
Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando necesita servicios urgentes	42
Sección 3.3	Recibir atención durante un desastre	43
Sección 4.	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	43
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos	43
Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios, debe pagar el costo total	44
Sección 5.	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un "estudio de investigación clínica"?	44
Sección 5.1	¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?	44
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los servicios?	45

Sección 6. Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención de salud no médica” 46

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de la salud? 46

Sección 6.2 ¿Qué atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica está cubierta por nuestro plan? 46

Sección 7. Normas para ser propietario del equipo médico duradero 47

Sección 7.1 ¿Adquirirá la propiedad del equipo médico duradero luego de realizar cierta cantidad de pagos de acuerdo con nuestro plan? 47

Sección 1. Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica como afiliado de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener cobertura para su atención médica. Ofrece definiciones de términos y le explica las normas que tendrá que seguir para obtener los tratamientos y servicios médicos y otra atención médica que estén cubiertos por el plan.

Para conocer los detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando obtiene esta atención, use el cuadro de beneficios del siguiente capítulo, el Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué debe pagar*).

Sección 1.1

¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?

A continuación se proporcionan algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender qué debe hacer para recibir la atención y los servicios cubiertos que le corresponden como afiliado de nuestro plan:

- Los “**proveedores**” son los médicos y otros profesionales de atención de la salud a los que el estado autoriza para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- Los “**proveedores de la red**” son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tengan un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de distribución de costos como pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Generalmente, los proveedores en nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, por lo general, paga solo su parte del costo de los servicios.

- Los “**servicios cubiertos**” incluyen toda atención médica, servicios, suministros y equipos de atención médica que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios de atención de la salud cubiertos figuran en el Cuadro de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4.

Sección 1.2

Normas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan

Al ser un plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y debe cumplir con las normas de cobertura de Original Medicare.

Nuestro plan por lo general cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos de nuestro plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), quien le brinda atención médica y la controla.** Como afiliado de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle una aprobación por adelantado antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto significa que le otorga una “remisión”. Para más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.

- No está obligado a tener una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios urgentemente necesarios. Usted también puede obtener otro tipo de atención sin que sea necesaria la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **La atención que reciba debe ser brindada por un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación, se describen tres excepciones:*
 - El plan cubre atención de emergencia o servicios urgentemente necesarios que obtiene de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para conocer el significado de emergencia o de servicios urgentemente necesarios, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. Se coordinará su atención médica con un proveedor fuera de la red. **ANTES de obtener los servicios debe obtener la autorización previa de nuestro plan.** En este caso, pagará lo mismo que pagaría si obtuviera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para visitar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicios del plan de manera temporal.

Sección 2. Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1

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

¿Qué es un “PCP” y qué hace por usted?

Cuando se convierte en afiliado de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). El PCP es un médico que cumple los requisitos estatales y está capacitado para brindar atención médica básica. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* de su plan le indicará que médicos pueden actuar como su PCP. Como lo explicamos a continuación, obtendrá atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que obtenga como afiliado del plan. Por ejemplo, para ver a un especialista u obtener otros servicios/procedimientos médicos, generalmente necesita obtener la previa autorización de su PCP (esto se conoce como obtener un “referido” para visitar a un especialista u obtener servicios/procedimientos médicos). Su PCP brindará la mayor parte de su atención y ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que obtiene como afiliado del plan. Esto incluye:

- Sus radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapia de rehabilitación
- Atención de los médicos especialistas
- Admisiones en hospitales
- Atención de seguimiento

La "coordinación" de sus servicios cubiertos incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan

sobre su atención y cómo esta se presta. Necesita la aprobación previa de su PCP si necesita cierta clase de servicios o suministros cubiertos (como obtener un referido). En algunos casos, su PCP necesitará obtener una autorización previa (aprobación previa) del plan. Debido a que su PCP proveerá y coordinará su atención médica, debería hacer que todos sus registros médicos previos sean enviados al consultorio de su nuevo PCP.

¿Cómo elige a su PCP?

Usted recibirá un *Directorio de Proveedores/Farmacias* del plan al momento de su inscripción para ayudarle a seleccionar el PCP de su elección. El PCP que elija se mostrará en su formulario de inscripción. Puede cambiar su PCP en cualquier momento (según se explica más adelante en esta sección). Si usted desea recurrir a un hospital o especialista en particular, asegúrese primero de que su PCP haga derivaciones a ese especialista, o ese especialista use ese hospital. El nombre y número telefónico del consultorio de su PCP viene impreso en su tarjeta de identificación.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar el PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda dejar de participar en la red de proveedores de nuestro plan y tenga que encontrar un PCP nuevo.

Las solicitudes de cambio recibidas al día 15 del mes entrarán en efecto el primer día del mes posterior. Si requiere de asistencia para cambiar su PCP o para saber si el PCP que ha elegido se encuentra disponible y acepta pacientes nuevos, comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-877-577-0115 (TTY 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

Cuando llame, asegúrese de comunicarle a Servicios para Afiliados si actualmente está consultando con un especialista u obteniendo servicios cubiertos que requieren de la aprobación de su PCP (como un

equipo médico duradero o atención médica a domicilio). El Servicios para Afiliados lo ayudará a estar seguro de que puede continuar con la atención especializada y los otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie su PCP. También se asegurarán de que el PCP al que desea cambiarse pueda aceptar nuevos pacientes.

El Servicios para Afiliados cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre del nuevo PCP y le informará cuándo tendrá vigencia el cambio. Servicios para Afiliados le enviará una tarjeta de membresía nueva que muestre el nombre y el número de teléfono del nuevo PCP.

Sección 2.2

¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?

Sin tener la aprobación previa de su PCP, puede recibir los servicios que se enumeran a continuación.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes mamarios, mamografías (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales y contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores dentro y fuera de la red.
- Servicios urgentemente necesarios de proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o cuando no pueda acceder a ellos en forma circunstancial, por ejemplo, cuando esté fuera del área de servicios del plan de manera temporal.
- Servicios de diálisis renal que recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicios del plan de manera temporal. (Si es posible, llame a Servicios para Afiliados antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de

mantenimiento mientras está fuera. Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto.)

- Puede autoreferirse a un especialista de la red para servicios quiroprácticos y de podología cubiertos por Medicare. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1.
- Puede autoreferirse a los proveedores del plan para ciertas pruebas de detección y beneficios complementarios obligatorios. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1.

Sección 2.3

Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo específica.

Hay muchas clases de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Si su PCP considera que necesita tratamiento especializado, le dará una derivación (aprobación por adelantado) para consultar a un especialista u otros proveedores determinados.

Para algunos tipos de referidos, su PCP puede necesitar la aprobación previa de nuestro plan (esto se conoce como obtener “autorización previa”). Es posible que necesite regresar con su PCP y obtener un referido para servicios adicionales si recibe atención de un especialista.

Es muy importante obtener una derivación (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista del plan u otros proveedores determinados. Si no tiene una derivación (aprobación

por adelantado) antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo.

Si el especialista desea que regrese para recibir más atención, primero consulte para asegurarse de que la derivación (aprobación por adelantado) que obtuvo de su PCP para la primera visita cubre más visitas al especialista. Se necesitará obtener un nuevo referido (aprobación previa) si no cubre visitas adicionales.

En caso que haya un especialista en particular de la red del plan que desee consultar, averigüe si su PCP refiere pacientes a este especialista. Cada PCP del plan utiliza a un determinado especialista del plan que usted puede consultar. Por lo general puede cambiar el PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan al que su PCP actual no puede derivarlo. En caso de que desee utilizar un hospital de la red del plan específico, primero debe averiguar si su PCP o los médicos que consultará utilizan estos hospitales.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan?

Podemos realizar cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay distintas razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista lo deja, usted tiene ciertos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor calificado que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.

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

- Si está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que eso sea así.
- Si cree que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su anterior proveedor o que su atención no es administrada correctamente, tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista deja el plan, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Comuníquese con Servicios para Afiliados al número gratuito 1-877-577-0115 (TTY 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

Sección 2.4

Cómo recibir atención de los proveedores fuera de la red

Su PCP o el plan deben otorgarle la aprobación previa antes de que pueda usar proveedores que no son parte de la red del plan. Esto significa que le otorga una "remisión". Si no recibe un referido (aprobación previa) antes de obtener estos servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar los servicios usted mismo.

Para algunos servicios, su médico puede necesitar obtener la aprobación previa de nuestro plan (esto se conoce como "autorización previa"). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información acerca de cuales servicios requieren una autorización previa.

Los siguientes servicios son ejemplos de los que puede obtener por parte de proveedores fuera de la red:

- Servicios de emergencia o urgentemente necesarios. Si usa un proveedor fuera de la red para atención

de emergencia o servicios urgentemente necesarios, pagará la misma cantidad que pagaría si obtuviera la atención de un proveedor de la red. Consulte el Sección 3 de este capítulo para obtener información de contacto.

- Servicios de diálisis de riñón que obtiene de un centro de diálisis fuera de la red certificado por Medicare. Si utiliza un proveedor fuera de la red para servicios de diálisis de riñón, pagará la misma cantidad que pagaría si obtuviera la atención de un proveedor de la red. Consulte el Sección 2.2 de este capítulo para obtener información de contacto.
- En caso de que los servicios especializados no estén disponibles en nuestra red. Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. Debe obtener la autorización del plan antes de solicitar atención. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiese la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para visitar un médico fuera de la red, consulte a su PCP.

Sección 3. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención médica, o durante un desastre

Sección 3.1

Cómo recibir atención en caso de una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una?

Estamos ante una "**emergencia médica**" cuando usted o una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que

requieren atención médica de inmediato a fin de prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted *no* necesita obtener primero la aprobación o remisión del proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).
- **Asegúrese de informar de su emergencia a nuestro plan lo antes posible.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame al número de Servicios para Afiliados que aparece en su tarjeta de identificación del plan.

¿Qué está cubierto en caso de una emergencia médica?

Puede recibir cobertura de atención médica de emergencia en cualquier momento que la necesite, en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en riesgo su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos, en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le estén brindando la atención de emergencia para ayudar a organizar y hacer un seguimiento de su atención. Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán el momento en el que su condición sea estable y concluya la emergencia médica.

Luego de que la emergencia médica haya terminado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para

estar seguro de que su estado sigue siendo estable. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento. Si recibe la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red se ocupen de su atención tan pronto como lo permitan su afección médica y las circunstancias.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría consultar por una atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que no era una emergencia médica después de todo. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que haya sido razonable que usted considere que su salud corría un riesgo grave, cubriremos su atención.

Sin embargo, luego de que los médicos hayan manifestado que *no* fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de uno de estos dos modos:

- Usted concurre a un proveedor perteneciente a la red para recibir atención adicional.
- *–o bien –* La atención adicional que recibe se considera "atención urgentemente necesaria", y usted sigue las normas para recibir esta atención urgentemente necesaria (para más información sobre este tema, consulte la Sección a 3.2 a continuación).

Sección 3.2

Cómo recibir atención cuando necesita servicios urgentes

¿Qué son los "servicios urgentemente necesarios"?

Los "servicios urgentemente necesarios" se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Estos servicios pueden ser proporcionados

por los proveedores de la red o los proveedores fuera de la red, cuando los primeros no están disponibles o usted no puede acceder a ellos temporalmente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, el agravamiento inesperado de una afección que usted sabe que padece.

¿Qué sucede si está en el área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Usted debe siempre intentar obtener los servicios urgentemente necesarios de parte de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están temporalmente disponibles o son inaccesibles y no es razonable que tenga que esperar para obtener atención por parte de su proveedor de la red cuando esta vuelva a estar disponible, cubriremos los servicios urgentemente necesarios que usted obtenga de un proveedor fuera de la red.

Su PCP asignado estará disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año para contestar sus dudas e inquietudes y para guiar su atención médica en base a sus necesidades. En caso de llamar fuera del horario de atención o en feriado, su PCP cuenta con cobertura telefónica las 24 horas y le responderá tan pronto como sea posible basado en las circunstancias. Si su PCP no está disponible, en su ausencia, habrá un médico calificado disponible para asistirlo.

¿Qué sucede si está fuera del área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Cuando se encuentre fuera del área de servicios y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios urgentemente necesarios que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre los servicios urgentemente necesarios ni ningún otro tipo de servicios que reciba fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3

Recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a la atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web:
www.mysimplymedicare.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

En general, si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con distribución de costos dentro de la red. Si usted no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener más información.

Sección 4. ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1

Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si ha pagado más de su participación por servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos la parte que le corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2

Si nuestro plan no cubre los servicios, debe pagar el costo total

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que figuran en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro está en el Capítulo 4 de este manual), y se obtienen conforme a las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que nuestro plan no cubre, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y sin autorización.

Si tiene dudas con respecto a si debe pagar algún servicio o atención médica que desea recibir, tiene derecho a preguntarnos si tendrá cobertura antes de obtenerlos. También tiene derecho a pedir esto por escrito. Si decimos que no pagaremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, paga el costo total de cualquier servicio que reciba luego de haber usado completamente el beneficio para este tipo de servicio cubierto. Una vez que se haya alcanzado el límite de beneficios, los costos que pague no se aplicarán a su gasto máximo de bolsillo. Puede llamar a Servicios para Afiliados cuando desee saber qué parte del límite de beneficios ya ha usado.

Sección 5. ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un "estudio de investigación clínica"?

Sección 5.1

¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?

Un estudio de investigación clínica (también denominado "ensayo clínico") es una forma en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como, por ejemplo, cuán bien actúa un nuevo medicamento contra el cáncer. Para evaluar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos, piden la colaboración de voluntarios que participen en el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y los científicos a descubrir si un nuevo enfoque es eficaz y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están a disposición de los afiliados de nuestro plan. Primero, Medicare necesita aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos por su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguna persona que trabaje en él se comunicará con usted para proporcionarle más detalles sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo llevarán a cabo. Puede participar en el estudio, siempre que satisfaga los requisitos para ello y comprenda y acepte por completo lo que implica participar en él.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su

atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación o la de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos que participará antes de que comience el estudio.**

Si tiene planeado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para Afiliado (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto) para hacerles saber que estará participando en un estudio clínico y para conocer más a detalle acerca de lo que su plan pagará.

Sección 5.2

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los servicios?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted está cubierto para los artículos y los servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, entre otros:

- Comida y estadía durante la internación en el hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones resultantes de la atención nueva.

Original Medicare pagará la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará una parte. Nosotros pagaremos la diferencia entre la distribución de costos de Original Medicare

y la distribución de costos que le corresponde a usted como afiliado de nuestro plan. Esto significa que usted paga el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio que pagaría si hubiese recibido los servicios de nuestro plan.

El siguiente es un ejemplo de cómo funciona la distribución de costos: Supongamos que usted se realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. Su parte del costo por esta prueba es de \$20 según Original Medicare, pero serían solo \$10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros \$10. Es decir que usted pagaría \$10, la misma suma que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte del costo, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de los Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que demuestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe pagar. Consulte el Capítulo 7 para más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando sea parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo enumerado a continuación:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté probando a menos que Medicare cubra el artículo y servicio aunque usted *no* esté en el estudio.
- Artículos y servicios que el estudio les dé a usted o a cualquier participante de manera gratuita.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recoger datos y no usados en la atención directa de la salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiere solo una.

¿Quiere saber más?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, lea la publicación Medicare and Clinical Research Studies

en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6. Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención de salud no médica”

Sección 6.1

¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de la salud?

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que proporciona atención para una afección que, normalmente, se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada.

Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de la creencia religiosa de un afiliado, le proporcionaremos cobertura para atenderse en una institución religiosa no médica de atención de la salud.

Puede elegir buscar atención médica en cualquier momento, por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud por motivos no médicos). Medicare pagará solo los servicios de atención de la salud por motivos no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas de atención de la salud.

Sección 6.2

¿Qué atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica está cubierta por nuestro plan?

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que esté “no excluido”.

- Atención o tratamiento médico “no excluido” es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal ni local.
- Un tratamiento médico “excluido” es la atención o el tratamiento médico que reciba que *no* sea voluntario o que *sea obligatorio* según una ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan la cubra, la atención que reciba de una institución religiosa no dedicada a la atención de la salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe debe limitarse a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución, que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención de paciente hospitalizado o atención en un centro de enfermería especializada.
 - y – debe obtener aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o su estadía no se cubrirá.

Usted tiene cobertura para una cantidad ilimitada de días hospitalarios médicamente necesarios como paciente internado. Para obtener más información,

consulte el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos [qué está cubierto y qué debe pagar]*).

Sección 7. Normas para ser propietario del equipo médico duradero

Sección 7.1

¿Adquirirá la propiedad del equipo médico duradero luego de realizar cierta cantidad de pagos de acuerdo con nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de camas eléctricas, muletas, suministros para diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores, y camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar. El afiliado siempre adquirirá la propiedad de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, describimos otros tipos de equipo médico duradero que debe alquilar.

Según Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad luego de hacer copagos por el artículo durante 13 meses.

¿Qué sucede con los pagos que ha realizado por equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del artículo del equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de haberse cambiado a Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que hizo mientras fue afiliado de nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de equipo médico duradero en Original Medicare *antes* de incorporarse a nuestro plan, estos pagos anteriores tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo. No existen excepciones en estos casos cuando regresa a Original Medicare

Capítulo 4

Cuadro de beneficios médicos
(qué está cubierto y qué debe
pagar)

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Sección 1.	Cómo entender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos	50
Sección 1.1	Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los servicios cubiertos	50
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?	50
Sección 1.3	Nuestro plan no permite a los proveedores cobrarle el “saldo de facturación”	51
Sección 2.	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para averiguar lo que está cubierto y cuánto pagará	51
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como afiliado del plan	51
Sección 3.	¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?	86
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos (exclusiones)	86

Sección 1. Cómo entender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y en lo que paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y le muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1

Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los servicios cubiertos

Para entender la información sobre los pagos que le damos en este capítulo, necesita conocer los tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los servicios cubiertos.

- El "**copago**" es un monto fijo que paga cada vez que recibe un determinado servicio médico. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 le brinda más información acerca de sus copagos).
- El "**coseguro**" es el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted pagará un coseguro en el momento en que reciba el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 le brinda más información acerca de sus coseguros).

La mayoría de las personas que califica para el programa Beneficiarios calificados de Medicare (QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrarle al proveedor la evidencia de su elegibilidad de Medicaid o QMB, si corresponde. Comuníquese con Servicios para

Afiliados si considera que se le está requiriendo un pago inapropiado.

Sección 1.2

¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Como usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite a cuánto tendrá que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). A este límite se le denomina monto máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.

Como afiliado de nuestro plan, el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos dentro de la red para la Parte A y la Parte B en 2018 es de \$3,400. Los montos que paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos dentro de la red se contabilizan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. (La suma que paga por la prima del plan y los medicamentos recetados de la Parte D no se aplican al monto máximo de gastos de bolsillo.) Además, los montos que paga por cualquier beneficio complementario no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Servicios quiroprácticos – solo complementarios de rutina
- Servicios dentales – solo complementarios de rutina
- Programas de educación sobre salud y bienestar
- Servicios de audición – solo complementarios de rutina
- Servicios de podología – solo complementarios de rutina
- Servicios de transporte – solo complementarios de rutina

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

- Servicios de la visión – solo complementarios de rutina

Si sus pagos alcanzan el monto máximo de gastos de bolsillo de \$3,400, usted no deberá pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan, la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero la pague por usted).

Sección 1.3

Nuestro plan no permite a los proveedores cobrarle el “saldo de facturación”

Como afiliado de nuestro plan, una protección importante para usted es que solo deberá pagar su monto de distribución de costos cuando reciba los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como "saldo de facturación". Esta protección (por la cual nunca paga más de su monto de distribución de costos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si existe una controversia y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación, detallamos cómo funciona esta protección:

- Si la suma de distribución de costos es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted solo pagará ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si la suma de distribución de costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato celebrado entre el proveedor y el plan).

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted obtiene una remisión).
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted obtiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le ha cobrado un cargo correspondiente a "facturación de saldo", llame al Servicios para Afiliados (los números telefónicos están impresos en el dorso de este folleto).

Sección 2. Use el Cuadro de beneficios médicos para averiguar lo que está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1

Sus beneficios y costos médicos como afiliado del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las páginas a continuación enumera los servicios que nuestro plan cubre y sus gastos de bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)



- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben ser médicamente necesarios*. "Médicamente necesario" significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP), quien le brinda atención médica y la controla. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación por adelantado antes de que usted pueda ver a otros proveedores de la red del plan. Esto significa que le otorga una "remisión". En el Capítulo 3 brinda más información sobre cómo obtener una remisión y sobre los casos en los que no necesita una remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra autorización por adelantado (a veces denominada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que requieren de una aprobación previa aparecen marcados con un aviso en el Cuadro de beneficios médicos.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubra. En el caso de algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. En el caso de otros, paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2018*. Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete 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 de acuerdo con Original Medicare, nosotros también los cubrimos sin costo para usted. Sin embargo, si además de recibir el servicio preventivo durante la visita, le brindan tratamiento o le realizan un control por una afección médica existente, se aplicará un copago por la atención que recibió por la afección médica existente.
- En algunas ocasiones, Medicare agrega cobertura según Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2018, o Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del periodo de 3 meses considerado de elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos satisfaciendo todos los beneficios cubiertos por el plan y los montos de distribución de costos no cambiarán durante este periodo.



Otros datos importantes que debe conocer acerca de su cobertura:







Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.


Cuadro de beneficios médicos



Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una única prueba de detección por ultrasonido para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si presenta determinados factores de riesgo y si tiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>Los afiliados que reúnan las condiciones para esta prueba de detección no deben pagar coseguros, copagos o deducibles.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y rotatoria, al centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se proporcionan para un afiliado cuya afección médica es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. ▪ Se acepta el transporte en ambulancia que no es de emergencia si se documenta que la afección del afiliado es tal que otro medio de transporte podría poner en riesgo la salud del paciente y por lo tanto el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago por cada viaje de ida para traslados de emergencia.</p> <p>\$0 de copago por cada viaje de ida para traslados en ambulancia cubiertos por Medicare que no sean de emergencia.</p> <p>Excepto en caso de atención de emergencia, se requiere de autorización previa para servicios de ambulancia.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si hace más de 12 meses que tiene la Parte B, puede realizar una Visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y factores de riesgo. La misma está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: su primer visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que se le haya realizado una visita “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las</p>	<p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para la visita anual de bienestar.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>visitas anuales de bienestar después de tener la Parte B por más de 12 meses.</p>	
<p> Examen de densitometría ósea</p> <p>Para las personas que son elegibles (en general, son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>
<p> Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años ▪ Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años ▪ Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses <p>Una mamografía se usa para la detección temprana de cáncer de mama en mujeres que no tienen signos o síntomas de la enfermedad. Una vez que se ha establecido un historial de cáncer de mama, y hasta que ya no haya ningún signo o síntoma de cáncer de mama, las mamografías en curso se consideran de diagnóstico y están sujetas a la distribución de costos como se describe bajo pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios en esta tabla. Por lo tanto, el beneficio anual de mamografía no está disponible para los afiliados que tienen signos o síntomas de cáncer de mama.</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por mamografías cubiertas.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y orientación para los afiliados que cumplen con ciertas condiciones y tienen la orden de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensa que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 de copago para los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de cabecera para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, el médico puede conversar acerca del uso de aspirinas (si corresponde), controlar su presión arterial y aconsejarlo para asegurarse de que se está alimentando bien.</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por el beneficio preventivo de terapia del comportamiento intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o alteraciones asociadas a un alto riesgo de tener enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer vaginal y de cuello de útero</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por las pruebas de Papanicolaou y las exploraciones ginecológicas preventivas cubiertas por Medicare.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. ▪ Si presenta un alto riesgo de cáncer vaginal o de cuello uterino, o está en edad reproductiva y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones <p>Los beneficios adicionales y complementarios de quiropráctica que están cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted puede autorremitirse a un quiropráctico hasta 6 veces por año calendario para visitas complementarias de rutina. 	<p>Fuera de la red copago de \$0 para cada visita a un quiropráctico cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago por visitas quiroprácticas complementarias de rutina.</p>
<p> Prueba de detección del cáncer colorrectal</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos para personas mayores de 50 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sigmoidoscopias flexibles (o detección por enema de bario como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prueba Guaiac de sangre oculta en materia fecal (gFOBT) ▪ Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen de detección del cáncer colorrectal basado en el ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con riesgo elevado de cáncer de colon, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colonoscopia de detección (o detección por enema de bario como alternativa) cada 24 meses 	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p>Cualquier prueba de diagnóstico resultante de la prueba de detección de cáncer de colon está sujeta a los montos de la distribución de costos aplicables. Consulte las Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios en este Cuadro de beneficios para obtener más información.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>Para las personas que no tienen riesgo elevado de tener cáncer de colon, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia 	
<p>Servicios dentales - cubiertos por Medicare</p> <p>En general, los beneficios dentales preventivos (como la limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago para los beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales - complementarios</p> <p>Este plan ofrece beneficios dentales adicionales que no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasta 2 exámenes orales por año calendario ▪ Hasta 2 profilaxis (limpiezas) por año calendario ▪ Hasta 3 radiografías dentales por año calendario <p>Para obtener una lista completa de los servicios dentales preventivos y cubiertos y los requisitos de cobertura, consulte el Cuadro de beneficios dentales adicionales que sigue a este Cuadro de beneficios médicos. Algunos servicios dentales requieren de autorización previa para tener cobertura. Otros servicios dentales pueden estar sujetos a limitaciones. Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más detalles.</p>	<p>\$0 de copago por los beneficios dentales complementarios que están cubiertos.</p>
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento y remisiones.</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles para la visita anual de prueba de detección de depresión.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: alta presión arterial (hipertensión), antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de altos niveles altos de azúcar (glucosa) en sangre. Es posible que las pruebas también tengan cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>
<p> Entrenamiento de autoadministración para la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (ya sean insulino dependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suministros para medir la glucosa en sangre: Monitor de la glucosa en sangre, tiras de prueba para la glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para controlar la precisión de las tiras de pruebas y monitores. ▪ Para las personas con diabetes con casos graves de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas que se entregan con los zapatos) por año calendario y dos pares de plantillas adicionales o un par de zapatos con prótesis y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se entregan con los zapatos). La cobertura incluye la colocación. 	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago para el entrenamiento de autoadministración para pacientes con diabetes cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para calzado terapéutico o plantillas cubiertos por Medicare para pacientes con diabetes.</p> <p>Este plan sólo cubre tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, y glucómetros OneTouch® (fabricados por LifeScan, Inc.) y ACCU-CHECK® (fabricados por Roche Diagnostics). No cubriremos otras marcas a menos que su proveedor nos indique que ello es médicamente necesario. Para recibir cobertura, las tiras reactivas para medir la glucosa en sangre y los glucómetros DEBEN ser comprados en una farmacia minorista de la red o en nuestra farmacia de venta por correo. Si compra estos suministros a través de un proveedor de equipo médico duradero (DME), estos artículos NO serán pagados.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En determinadas condiciones, está cubierto el entrenamiento de autoadministración para la diabetes. 	<p>Si está usando una marca de tiras reactivas para personas con diabetes, lancetas o medidores que nuestro plan no cubre, continuaremos ofreciendo nuestra cobertura hasta dos suministros durante los primeros 90 días desde que se unió a nuestro plan. Esta cobertura de transición de 90 días se ofrecerá una sola vez por vida. Durante este periodo, hable con su médico para determinar qué marca es médicamente mejor para usted.</p> <p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiras reactivas para medir la glucosa ▪ Dispositivos para lancetas y lancetas ▪ Monitores de glucosa en sangre
<p>Equipos Médicos Duraderos (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para conocer la definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenados por un proveedor para usar en casa, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el Equipo Médico Duradero (DME) médicamente necesario que cubre Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no proporciona una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si la puede ordenar especialmente para usted.</p> <p>La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.mysimplymedicare.com.</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>0 % de coseguro para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia hace referencia a los servicios cubiertos, que son:</p>	<p>\$25 de copago para servicios de emergencia en una sala de emergencias.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia y ▪ Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una situación de emergencia médica es cuando usted o una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato a fin de prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>La distribución de costos para servicios de emergencia necesarios suministrados fuera de la red es la misma que para esos servicios suministrados dentro de la red.</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados luego de que su afección de emergencia esté estable, deberá ir a un hospital de la red para que la atención permanezca cubierta; debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>El plan cubre los siguientes programas de bienestar/educación de la salud complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación sobre la salud: El representante del plan de salud se asocia con los recursos de la comunidad y los proveedores del plan de salud, usando varios recursos para instar a los afiliados del plan de salud a participar en eventos educativos para mejorar las habilidades de cuidado personal del inscrito, con énfasis en los estilos de vida saludables y la reducción del riesgo conductual. 	<p>\$0 de copago para programas educativos sobre salud y bienestar.</p>
<p>Servicios de audición - cubiertos por Medicare</p> <p>Las evaluaciones de audición de diagnóstico y de equilibrio realizadas por su proveedor para determinar</p>	<p>\$0 de copago para servicios de diagnóstico de audición cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	
<p>Servicios de audición - complementarios</p> <p>Este plan ofrece beneficios adicionales de audición que no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Los beneficios adicionales y complementarios de audición que están cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un máximo de 1 examen de audición de rutina complementario por año calendario ▪ Un máximo de 1 evaluación de adaptación para un audífono por año calendario ▪ Hasta 2 audífonos por año calendario 	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago por servicios de audición complementarios de rutina.</p> <p>\$1,500 de límite máximo de cobertura de beneficios del plan para hasta 2 audífonos por año calendario.</p>
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una prueba de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para la detección del VIH preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>
<p>Atención de una agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, su médico debe certificar que usted lo necesita y le solicitará a una agencia de atención médica a domicilio que le brinde sus servicios. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que quiere decir que salir de su hogar requiere un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago para cada visita de atención médica a domicilio cubierta por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de un asistente de atención médica a domicilio y de enfermería especializada, a tiempo parcial o en forma intermitente (para estar cubierto con el beneficio de atención médica a domicilio, la combinación de los servicios de enfermería especializada y del asistente de atención médica a domicilio debe ser inferior a 8 horas por día y 35 horas por semana) ▪ Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ Servicios médicos sociales ▪ Suministros y equipos médicos 	
<p>Atención en centros para enfermos terminales</p> <p>Puede recibir atención en cualquier programa de centros para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de atención para pacientes terminales cuando su médico y el director del centro para enfermos terminales le han dado un pronóstico terminal que certifica que es enfermo terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor ▪ Atención de relevo a corto plazo ▪ Atención a domicilio <p><u>Para servicios para enfermos terminales y servicios que estén cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y estén relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Original Medicare (y no nuestro plan) pagará por los servicios para enfermos terminales y cualquier servicio de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa para enfermos terminales, su proveedor del centro para enfermos</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de centros para enfermos terminales certificado por Medicare, Original Medicare pagará los servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico, no Simply Care (HMO SNP).</p> <p>\$0 de copago para una visita de consulta antes de elegir el centro para enfermos terminales.</p>



Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>terminales le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga.</p> <p><u>Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y no están relacionados con su enfermedad terminal:</u> En caso de que usted necesite servicios que no sean de emergencia ni urgentes que estén cubiertos por Medicare Parte A o B y no estén relacionados con su enfermedad terminal, el costo de estos servicios dependerá de si utiliza un proveedor dentro de nuestra red:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted solamente paga el monto de distribución de costos por los servicios de la red ▪ Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el monto de distribución de costos del plan por la Tarifa por servicio de Medicare (Original Medicare) <p><u>Para los servicios que están cubiertos por Simply Care (HMO SNP), pero no están cubiertos por Medicare Parte A ni B:</u> Simply Care (HMO SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, más allá de que estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga un monto de distribución de costos por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener mayor información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?).</p> <p>Nota: Si necesita atención convencional (atención que no está relacionada con su enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para que organicemos los servicios.</p>	

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta en el centro para enfermos terminales (solo una vez) para una persona con enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vacuna contra la neumonía ▪ Vacunas antigripales, una vez al año en otoño o invierno ▪ Vacuna contra la hepatitis B, si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer hepatitis B ▪ Otras vacunas si es persona en riesgo y las mismas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B <p>Cubrimos también algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por las vacunas contra la neumonía, la gripe, y la hepatitis B.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye internación para pacientes en estado agudo, rehabilitación de pacientes internados, de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria del paciente internado comienza el día en que es admitido formalmente al hospital con un pedido médico. El día anterior al día del alta se considera su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitación semiprivada (o una habitación privada si fuera médicamente necesario) ▪ Comidas que incluyen dietas especiales. ▪ Servicios de enfermería regulares ▪ Costos de las unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) 	<p>Su médico debe llamar al plan para obtener la autorización previa de todas las admisiones hospitalarias que no sean de emergencia o urgencia para que nos hagamos responsables del pago de los servicios.</p> <p>Todos los servicios de trasplantes deben tener autorización previa.</p> <p>\$0 de copago para atención de enfermedades agudas a pacientes internados.</p> <p>\$0 de copago para servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p>Si usted recibe cuidado autorizado como paciente internado en un hospital fuera de la red luego de que su condición de emergencia se estabiliza, su costo es la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fármacos y medicamentos ▪ Pruebas 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 recuperación ▪ Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje ▪ Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados ▪ En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón-páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestino/vísceras múltiples. Si necesita un trasplante, organizaremos para que un centro de trasplante aprobado por Medicare revea su caso y decida si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicios de nuestro plan. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por uno local siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Simply Care (HMO SNP) ofrece servicios de trasplantes en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener su trasplante en esa ubicación lejana, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y su acompañante. ▪ Sangre: incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y el concentrado de eritrocitos comienza sólo cuando se usa la cuarta pinta que usted necesita: usted debe pagar los costos por las 3 primeras pintas de sangre que obtiene en un año calendario 	

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>o donar la sangre tanto usted como otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir del momento en que se utiliza la primera pinta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios del médico <p>Nota: Para ser considerado un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para que se lo admita en el hospital. Incluso si se queda en el hospital durante una noche, quizás todavía se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de ser considerado paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare ¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja de información está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números, las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>	
<p>Atención de la salud mental para pacientes internados</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de la salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado de la salud mental del paciente internado en un hospital psiquiátrico. El límite de cuidado para pacientes internados no se aplica a servicios psiquiátricos prestados a pacientes hospitalizados en un hospital general. ▪ Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Son días "adicionales" que cubrimos. Si su internación hospitalaria supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Pero 	<p>Excepto en casos de emergencia, su proveedor de la red debe llamar al plan para obtener una autorización.</p> <p>Un periodo de beneficios comienza el primer día en el que usted ingresa en un centro de enfermería especializada.</p> <p>El periodo de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados o atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos.</p> <p>El plan cubre 90 días durante cada periodo de beneficios.</p> <p>Este plan paga por 60 días adicionales a lo largo de su vida. Usted no paga un copago por estos días adicionales.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>una vez que haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación hospitalaria se limitará a 90 días.</p>	<p>\$0 de copago para atención de salud mental a pacientes internados.</p>
<p>Internación: Los servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una internación no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de internación o si la internación no es razonable ni necesaria, no cubriremos su internación. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted recibirá mientras esté internado en el hospital o el centro de enfermería especializada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios del médico ▪ Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) ▪ Radiografías, terapias con isótopos y radioterapia, que incluye los servicios del técnico y los materiales que utilice. ▪ Vendajes quirúrgicos ▪ Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones ▪ Dispositivos protésicos y ortopédicos (excepto dentales) que reemplazan la totalidad o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido circundante) o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo que tiene una disfunción o que está inutilizado de forma permanente, incluidas la sustitución y la reparación de estos aparatos ▪ Férulas para brazos y piernas, corsés, collarines, bragueros, piernas, brazos y ojos artificiales, incluidas las modificaciones, reparaciones y sustituciones que se necesiten en caso de rotura, desgaste o pérdida del elemento o de un cambio en la condición física del paciente ▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla 	<p>Usted está cubierto por estos servicios de acuerdo con las pautas de Medicare cuando los días en el hospital o SNF no están o ya no están cubiertos.</p> <p>Estos servicios serán cubiertos como se describe en este Cuadro de Beneficios. Consulte las siguientes secciones en este Capítulo:</p> <p>Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio</p> <p>Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p> Terapia nutricional médica</p> <p>Este beneficio es para las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no se dializan) o luego de un trasplante cuando el médico lo remita.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en el que recibe servicios de terapia nutricional médica con cobertura de Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que reciba más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar la remisión cada año si usted necesita este tratamiento por otro año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP serán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento respecto a la salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, el aumento de la actividad física y las estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para los beneficios del MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos en la Parte B de Original Medicare. Los afiliados de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>La distribución de costos se basa en el servicio proporcionado y en el lugar donde se recibe.</p> <p>0 % del costo para medicamentos de Medicare Parte B suministrados en el consultorio de un médico.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos que, por lo general, el paciente no puede autoadministrarse y se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria ▪ Medicamentos que recibe al usar equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó ▪ Los factores de coagulación que se autoadministran con inyecciones, si tiene hemofilia ▪ Medicamentos Inmunodepresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante de órgano ▪ Los medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene fractura ósea que el médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento ▪ Antígenos ▪ Ciertos medicamentos orales anticancerígenos y antináuseas ▪ Determinados medicamentos para la diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa) ▪ Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de deficiencia inmunológica primaria <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, que incluye las normas a seguir para recibir la cobertura de sus recetas. El monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se describe en el Capítulo 6.</p>	<p>20 % del costo para medicamentos de Medicare Parte B suministrados en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>20 % del costo para medicamentos de Medicare Parte B suministrados por una farmacia.</p> <p>20 % del costo para medicamentos de Quimioterapia.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p> Prueba de detección de obesidad y terapia para favorecer la pérdida estable de peso</p> <p>Si usted presenta un índice de masa corporal de 30 o más, incluimos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Comuníquese con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles para pruebas preventivas de detección de obesidad y terapia.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiografías ▪ Radioterapia (con isótopos y radio), que incluye los materiales y suministros del técnico ▪ Suministros quirúrgicos, como vendajes ▪ Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones ▪ Pruebas de laboratorio ▪ Sangre: incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y el concentrado de eritrocitos comienza sólo cuando se usa la cuarta pinta que usted necesita: usted debe pagar los costos por las 3 primeras pintas de sangre que obtiene en un año calendario o donar la sangre tanto usted como otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir del momento en que se utiliza la primera pinta. ▪ Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago para servicios básicos de radiología (radiografías) cubiertos por Medicare en un centro independiente.</p> <p>\$50 de copago para servicios básicos de radiología (radiografías) cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>\$0 de copago para servicios radiológicos de diagnóstico (servicios avanzados de diagnóstico por imágenes) cubiertos por Medicare en un centro independiente.</p> <p>\$50 de copago para servicios radiológicos de diagnóstico (servicios avanzados de diagnóstico por imágenes) cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>\$0 de copago para servicios de radiología terapéutica (radioterapia/medicina nuclear) cubiertos por Medicare en un centro independiente.</p> <p>\$50 de copago para servicios de radiología terapéutica (radioterapia/medicina nuclear) cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
	<p>0 % del costo de los suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare en un centro independiente.</p> <p>\$50 de copago para procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía como paciente ambulatorio ▪ Pruebas de laboratorio y de diagnóstico que factura el hospital ▪ Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría un tratamiento para pacientes internados sin esa atención ▪ Radiografías y otros servicios radiológicos que factura el hospital ▪ Suministros médicos, como férulas y yesos ▪ Determinados medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse <p><i>Nota:</i> A menos que el proveedor haya escrito una orden para que se lo admita como paciente internado en el hospital, a usted se lo considera un paciente</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$25 de copago para servicios de emergencia en una sala de emergencias.</p> <p>\$50 de copago para servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>\$0 de copago para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>\$50 de copago para procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>\$50 de copago para servicios radiológicos de diagnóstico (servicios avanzados de diagnóstico por imágenes) cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>\$50 de copago para servicios básicos de radiología (radiografías) cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>\$50 de copago para servicios de radiología terapéutica (radioterapia/medicina nuclear) cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p>



Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>ambulatorio y pagará los montos de la distribución de costos por servicios hospitalarios de pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante una noche, quizás todavía se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es considerado paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare ¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja de información está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números, las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>	<p>\$0 de copago para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>0 % del costo de los suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios preventivos y pruebas de detección cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>20 % del costo para medicamentos de Medicare Parte B suministrados en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>20 % del costo para medicamentos de Quimioterapia suministrados en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p>
<p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, enfermero profesional, médico auxiliar u otro profesional de la atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes vigentes en el estado.</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia individual de salud mental cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia grupal de salud mental cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia individual de salud mental cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia grupal de salud mental cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>\$0 de copago para cada visita de hospitalización parcial cubierta por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en varios centros para pacientes ambulatorios, como los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago para las visitas para terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago de por visitas de fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Atención ambulatoria de la salud mental para el diagnóstico y/o tratamiento de trastornos relacionados con el abuso de sustancias.</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$50 de copago por cada visita de terapia individual para el abuso de sustancias cubierta por Medicare.</p> <p>\$50 de copago por cada visita de terapia grupal para el abuso de sustancias cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para cada visita de hospitalización parcial cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluye servicios prestados en centros hospitalarios y en centros de cirugía ambulatoria</p> <p><i>Nota:</i> Si se va a operar en un hospital, consulte con su proveedor sobre si será considerado paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para que se lo admita como paciente internado en el hospital, se lo considera un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos para cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante una noche, quizás todavía se lo considere un "paciente ambulatorio".</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$50 de copago para servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>\$0 de copago para los servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>Cobertura complementaria de artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Usted reúne los requisitos para recibir un beneficio mensual máximo de hasta \$22 para usarlo en la compra de productos cubiertos de salud y bienestar y de venta libre (OTC). Tiene un límite de un pedido por mes. La asignación mensual no se traslada si no se usa.</p> <p>Los artículos cubiertos por el beneficio se limitan a artículos que son coherentes con la guía de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y que se encuentran en la lista de los planes de productos aprobados. Estos artículos pueden ser artículos elegibles o artículos de doble propósito. Los artículos de doble propósito sólo se pueden comprar después de la consulta verbal a su proveedor y la recomendación del mismo. Los artículos de venta libre (OTC) sólo se pueden comprar para uso personal del afiliado.</p> <p>Comuníquese con Servicios para Afiliados llamando al 1-877-577-0115 para obtener los detalles del plan.</p>	<p>\$0 de copago para beneficios complementarios de artículos cubiertos y de venta libre.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda en como un servicio para pacientes ambulatorios o en un centro de la salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización para pacientes internados.</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago para cada visita de hospitalización parcial cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio de un 	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago para visitas al consultorio del médico de atención primaria cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para visitas al consultorio del médico especialista cubiertas por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista ▪ Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por su especialista si su médico lo solicita para determinar si usted necesita tratamiento médico ▪ Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía ▪ Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, arreglos de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los brindase un médico). 	
<p>Servicios de Podología - cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo) ▪ Cuidado rutinario de los pies para afiliados con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	<p>\$0 de copago para servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de Podología - complementarios</p> <p>Este plan cubre servicios adicionales de cuidado de pies que no están cubiertos por Original Medicare. Los beneficios adicionales y complementarios de podología que están cubiertos incluyen:</p>	<p>\$0 de copago por servicios de podología complementarios de rutina.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>Puede consultar por su cuenta a un podólogo hasta en 12 visitas de rutina y complementarias por año para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento de pies planos u otra desalineación estructural de los pies ▪ Extracción de callos ▪ Extracción de verrugas ▪ Extracción de callosidades ▪ Cuidado higiénico 	
<p> Pruebas de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prueba de tacto rectal ▪ Prueba de PSA (Prostate Specific Antigen [antígeno prostático específico]) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen la totalidad o una parte o una función del cuerpo. Éstos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de colostomía, marcapasos, aparatos protésicos, zapatos con prótesis, extremidades artificiales y prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico luego de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o sustitución de los dispositivos protésicos. Además, incluye parte de la cobertura posterior a una extracción o cirugía de cataratas - consulte "Atención de la Visión" más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>0 % del costo de los aparatos protésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>0 % del costo de los suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubren programas de rehabilitación pulmonar integrales para los afiliados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Pulmonary Obstructive Disease, COPD) moderada a muy grave y una una remisión o una orden para rehabilitación pulmonar del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluso para mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes de él.</p> <p>Si se confirma su abuso del alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones de asesoramiento en persona por año (si es competente y presta atención durante la sesión) realizado por un médico de atención primaria autorizado o profesional en un centro de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de dosis baja cada 12 meses.</p> <p>Las personas inscritas elegibles son: las personas entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco de al menos 30 años fumando un paquete diario, que fuman actualmente o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben</p>	<p>No existe coseguro, copago o deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para la LDCT.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>una orden escrita para una LDCT durante la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y que es prestada por un médico o un especialista no médico calificado.</p> <p>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección LDCT inicial: el afiliado debe recibir una orden escrita para la prueba de detección LDCT de cáncer de pulmón que puede ser proporcionada durante una visita apropiada con un médico o con un especialista no médico calificado. Si un médico o especialista no médico calificado decide realizar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Pruebas de detección de Infecciones de transmisión sexual (Sexual Transmitted Infections, STI) y asesoramiento para evitar las STI</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y determinadas personas que tienen mayor riesgo de contraer una infección de transmisión sexual cuando las pruebas son solicitadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.</p> <p>Además, cada año, cubrimos 2 sesiones de 20 a 30 minutos de sesiones de asesoramiento personal del comportamiento de alta intensidad para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (STI). Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento a modo</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por el beneficio preventivo de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para STI cubiertos por Medicare.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>de servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria; por ejemplo, un consultorio médico.</p>	
<p>Servicios para tratar enfermedades y afecciones renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar acerca del cuidado de los riñones y ayudar a los afiliados a tomar decisiones más informadas sobre su cuidado. Para los afiliados con enfermedad renal crónica en estadio IV y con una remisión de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de la enfermedad renal de por vida. ▪ Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicios, como se explica en el Capítulo 3) ▪ Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo admite como paciente internado en un hospital para atención especial) ▪ Entrenamiento de autodiálisis (incluye entrenamiento para usted y para cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) ▪ Equipos y suministros para la diálisis en el hogar ▪ Determinados servicios de ayuda (como por ejemplo visitas de trabajadores capacitados en diálisis para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para controlar su equipo para diálisis y suministro de agua) <p>Determinados medicamentos para la diálisis están cubiertos por los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago para servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>0 % del costo de los servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>B, consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".</p>	
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p> <p>(Para obtener una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este folleto. Algunas veces, los centros de enfermería especializada se denominan SNF").</p> <p>Usted tiene cobertura de hasta 100 días por periodo de beneficios.*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitación semiprivada (o una habitación privada si fuera médicamente necesario) ▪ Comidas, incluidas dietas especiales ▪ Servicios de enfermería especializada ▪ Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ Medicamentos que recibe como parte del plan de atención (Esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). ▪ Sangre: incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y el concentrado de eritrocitos comienza sólo cuando se usa la cuarta pinta que usted necesita: usted debe pagar los costos por las 3 primeras pintas de sangre que obtiene en un año calendario o donar la sangre tanto usted como otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir del momento en que se utiliza la primera pinta. ▪ Suministros médicos y quirúrgicos normalmente suministrados por los SNF 	<p>Su médico debe llamar para obtener una autorización previa a fin de que nos encarguemos del pago.</p> <p>\$0 de copago para una estadía cubierta por Medicare en un centro de enfermería especializada.</p> <p>\$0 de copago para servicios de sangre.</p> <p>*Un período de beneficios comienza con el primer día de una estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare y termina cuando usted no ha sido admitido en un centro para pacientes internados por 60 días consecutivos.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pruebas de laboratorio normalmente suministradas por los SNF ▪ Radiografías y otros servicios radiológicos normalmente suministrados por los SNF ▪ Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proporcionan los SNF ▪ Servicios del médico/profesional <p>En general, recibirá atención de un SNF en los centros de la red. Sin embargo, en determinadas circunstancias que se detallan a continuación, es posible que deba pagar la distribución de costos que se paga dentro de la red, si el centro no es proveedor de la red y si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados en donde estaba viviendo antes de ir al hospital (siempre que se brinde atención de centros de enfermería especializada). ▪ Un SNF en el que su cónyuge viva en el momento en que usted abandone el hospital. 	
 <p>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no presenta síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</u> Cubrimos dos sesiones de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un periodo de 12 meses como servicio preventivo gratuito. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o toma medicamentos cuyo efecto pueda verse afectado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo para dejar el tabaco o dejar de fumar cubierto por Medicare.</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>asesoramiento para dejar de fumar dentro de un periodo de 12 meses; sin embargo, pagará la distribución de costos aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	
<p>Transporte</p> <p>Usted tiene cobertura para 30 viajes de ida en camioneta para acceder a la atención médica.</p> <p>La cobertura de los servicios de transporte de rutina se limita a los lugares aprobados por el plan (dentro del área de servicio local) proporcionados por el proveedor de transporte contratado. Se requiere un aviso previo de 72 horas cuando se programe. Los afiliados deben comunicarse con nuestro proveedor de transporte para programar los viajes.</p> <p>Se pueden excluir algunos lugares. Comuníquese con el Servicio a Miembros para obtener más información.</p>	<p>\$0 de copago para el transporte complementario de rutina que está cubierto.</p>
<p>Servicios urgentemente necesarios</p> <p>La atención urgentemente necesaria es la atención proporcionada para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevistas que no son de emergencia y requieren atención médica inmediata. Estos servicios pueden ser proporcionados por los proveedores de la red o los proveedores fuera de la red, cuando los primeros no están disponibles o usted no puede acceder a ellos temporalmente.</p> <p>El costo compartido para los servicios de urgencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que cuando los servicios se proporcionan dentro de la red.</p>	<p>\$0 de copago por visitas para servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare.</p>
<p> Atención de la visión - cubierta por Medicare</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago por pruebas para diagnosticar y tratar enfermedades o afecciones del ojo cubiertas por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios del médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y heridas oculares, que incluyen tratamientos para degeneraciones maculares relacionadas con el envejecimiento. Original Medicare no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. ▪ A las personas que tienen un riesgo elevado de contraer glaucoma se les cubrirá una prueba de detección de glaucoma todos los años. Las personas que tienen un riesgo elevado de contraer glaucoma incluyen las siguientes: Personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años. ▪ Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. ▪ Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no podrá reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos anteojos luego de la segunda cirugía). 	<p>\$0 de copago para anteojos cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas en un lugar de tratamiento para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Atención de la visión - complementaria</p> <p>Este plan cubre servicios adicionales para la visión que no están cubiertos por Original Medicare. Los servicios cubiertos adicionales y complementarios incluyen los siguientes:</p> <p>Examen de la vista de rutina - hasta 1 por año calendario</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasta 1 par de anteojos cada año ▪ Hasta 1 par de lentes cada año ▪ Hasta 1 par de marcos cada año. <p>Los lentes de contacto están cubiertos en lugar de los anteojos (lentes y marcos) hasta el límite máximo de</p>	<p>\$0 de copago por servicios para la visión complementarios y de rutina que están cubiertos.</p> <p>\$250 como monto máximo de la cobertura de beneficios por año calendario para lentes de contacto y/o anteojos (lentes y marcos).</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
la cobertura de beneficios, incluyendo el ajuste de los lentes de contacto y servicios relacionados.	
 <p>Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"</p> <p>El plan cubre una visita preventiva "Bienvenido a Medicare" única. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones para otra atención de ser necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses en los que tiene Medicare Parte B. Cuando haga la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles para la visita preventiva "Bienvenido a Medicare".</p> <p>Si usted también es tratado por una condición médica existente durante el servicio preventivo o si se facturan otros servicios además del servicio preventivo, se aplicará una distribución de costos por la atención recibida por la condición médica existente u otros servicios.</p>

2018 Simply Healthcare Plans, Inc. Beneficios Dentales de Medicare – Opción 3		
<p>\$0 Monto del Copago del Afiliado</p> <p>* Tome en cuenta que algunos códigos dentales requieren autorización previa. Para que estos códigos sean aprobados, deben cumplir con nuestros criterios clínicos y comerciales.</p> <p>Referidos a Especialistas: el dentista general requiere Referidos a Especialistas (Cirujano Dental, Periodoncista y Prostodoncista).</p> <p>Número del Servicio de Atención al Cliente de DentaQuest: 1-800-936-0948 / Presione 2 para Simply Healthcare Plans, Inc.</p>		
Código	Descripción	Limitaciones
Códigos de Exámen de Prevención / Evaluación Oral		
D0120	evaluación bucal periódica - paciente habitual	2 por 1 año calendario (Ya sea D0120 O D0150)
D0140	evaluación oral limitada - focalizada en el problema	N/C

2018 Simply Healthcare Plans, Inc. Beneficios Dentales de Medicare – Opción 3		
<p>\$0 Monto del Copago del Afiliado</p> <p>* Tome en cuenta que algunos códigos dentales requieren autorización previa. Para que estos códigos sean aprobados, deben cumplir con nuestros criterios clínicos y comerciales.</p> <p>Referidos a Especialistas: el dentista general requiere Referidos a Especialistas (Cirujano Dental, Periodoncista y Prostodoncista).</p> <p>Número del Servicio de Atención al Cliente de DentaQuest: 1-800-936-0948 / Presione 2 para Simply Healthcare Plans, Inc.</p>		
Código	Descripción	Limitaciones
D0150	evaluación oral integral - paciente nuevo o habitual	1 por 3 años calendario (D0150) (Por Proveedor O Ubicación) 2 por 1 año calendario (Ya sea D0120 O D0150)
Códigos de Radiografía Preventiva		
D0210	Intraoral - serie completa (incluye radiografías de aleta de mordida)	1 por 3 años calendario (Ya sea D0210 O D0330 Por Proveedor O Ubicación)
D0220	Intraoral - primera radiografía periapical	2 por 1 año calendario (Ya sea D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 O D0274 por 1 año calendario)
D0230	Intraoral - cada radiografía periapical adicional	
D0270	De aleta de mordida - película sencilla	
D0272	Aleta de mordida - dos radiografías	
D0273	Aleta de mordida - tres radiografías	
D0274	Aleta de mordida - cuatro radiografías	
D0330	Radiografía panorámica	1 por 3 años calendario (Ya sea D0210 O D0330 Por Proveedor O Ubicación)
Códigos de Limpieza Preventiva		
D1110	profilaxis - adulto	2 por 1 año calendario

Sección 3. ¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1

Servicios que *no* están cubiertos (exclusiones)

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

La tabla a continuación enumera los servicios y artículos que, o bien no están cubiertos bajo ninguna condición o están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si usted recibe beneficios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos de su bolsillo. No pagaremos por los servicios médicos excluidos que figuran en el siguiente cuadro, excepto en las condiciones específicas enumeradas. La única excepción: pagaremos si se determina, como resultado de una apelación, que un servicio de los siguientes es un servicio médico que debe ser pagado o cubierto debido a su situación particular. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 en este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en el Cuadro de beneficios médicos o en el siguiente cuadro:

Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos no están aún cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Servicios que no se consideran razonables o necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Solo estará cubierta cuando sea médicamente necesaria.

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Artículos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo.	✓	
*La atención de custodia es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de cuidados para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada.	✓	
Los servicios domésticos incluyen asistencia básica en el hogar, incluidas las actividades domésticas livianas o la preparación de comidas simples.	✓	
Las tarifas cobradas por la atención por sus parientes directos o miembros de su familia.	✓	
Cirugías o procedimientos cosméticos		✓ • Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformación. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción del seno que ha sido sometido a una mastectomía y del seno no afectado para que tengan simetría.
Atención dental de rutina, como amalgamas o dentaduras postizas.	✓	
Atención dental no rutinaria.		✓ El cuidado dental requerido para tratar una enfermedad o lesión puede cubrirse para pacientes internados o ambulatorios.
Comidas a domicilio	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Calzado ortopédico		<p style="text-align: center;">✓</p> Si los zapatos forman parte del dispositivo para las piernas y están incluidos en el costo del aparato o los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.
Aparatos de soporte para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético.
Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia para la visión y otros dispositivos para la baja visión.		<p style="text-align: center;">✓</p> El examen ocular y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas que se han sometido a una cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministro de medicamentos anticonceptivos sin receta.	✓	
Acupuntura	✓	
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos).	✓	

* La atención de custodia es la atención personal que no exige la atención continua de personal médico o paramédico especializado, y que se brinda para ayudarle con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.

Capítulo 5

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 1.	Introducción	92
Sección 1.1	Este capítulo describe la cobertura de los medicamentos de la Parte D	92
Sección 1.2	Las reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	93
Sección 2.	Surta sus recetas en una farmacia de la red	93
Sección 2.1	Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red	93
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red	93
Sección 2.3	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	94
Sección 2.4	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenezca a la red de nuestro plan?	95
Sección 3.	Sus medicamentos deben estar en la "<i>Lista de Medicamentos</i>" del plan	95
Sección 3.1	La " <i>Lista de Medicamentos</i> " le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	95
Sección 3.2	Existen cinco "niveles de distribución de costos" para los medicamentos de la <i>Lista de medicamentos</i>	96
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?	97
Sección 4.	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	97
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	97
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones?	97
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?	98
Sección 5.	¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que a usted le gustaría?	99
Sección 5.1	Existen alternativas que usted puede considerar si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea	99
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la <i>Lista de Medicamentos</i> o si el medicamento está restringido de alguna manera?	99

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted cree que es demasiado alto?	101
Sección 6.	¿Qué sucede si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?	101
Sección 6.1	La <i>Lista de Medicamentos</i> puede cambiar durante el año	101
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?	102
Sección 7.	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	103
Sección 7.1	Tipos de medicamentos sin cobertura	103
Sección 8.	Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando abastezca una receta	104
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	104
Sección 8.2	¿Qué debe hacer si no tiene su tarjeta de membresía en ese momento?	104
Sección 9.	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	104
Sección 9.1	¿Qué ocurre si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada por una permanencia cubierta por el plan?	104
Sección 9.2	¿Qué ocurre si reside en un centro de cuidado prolongado (LTC)?	104
Sección 9.3	¿Qué ocurre si también recibe la cobertura de medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?	105
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?	106
Sección 10.	Programas sobre seguridad de los medicamentos y administración de medicamentos	106
Sección 10.1	Programas que ayudan a los afiliados a utilizar los medicamentos de manera segura	106
Sección 10.2	Programas de administración de la terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos	107

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

El programa "Ayuda Extra" (Extra Help) ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponda.** Le enviamos un folleto adicional denominado "*Modificación de la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen Ayuda Extra para pagar los medicamentos recetados*" (también conocido como la "*Modificación del subsidio por bajos ingresos*" o "*LIS Rider*"), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si no recibe este folleto, llame al Servicios para Afiliados y solicite el "*LIS Rider*." (Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 1. Introducción

Sección 1.1

Este capítulo describe la cobertura de los medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** El próximo capítulo le informa lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de la cobertura de los medicamentos de la Parte D, el plan también cubre algunos medicamentos dentro de los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de Medicare Parte A, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que se le administran durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de sus beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre los medicamentos que incluyen ciertos medicamentos para quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios*

Médicos, qué está cubierto y qué debe pagar) le explica los beneficios y costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en el hospital o un centro de enfermería especializada, así como los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Los medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si se encuentra en un centro para enfermos terminales de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios de Medicare Partes A, B, y D y los medicamentos que no están relacionados con su diagnóstico terminal y condiciones relacionadas, por lo que no están cubiertos bajo el beneficio del centro para enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare*). Para obtener información sobre la cobertura en centros para enfermos terminales, consulte la sección del centro para enfermos terminales en el Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué debe pagar*).

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos bajo las reglas de beneficios de la Parte D del plan. En la Sección 9, *La 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

Las reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

El plan cubrirá normalmente sus medicamentos siempre y cuando usted siga las siguientes normas básicas:

- La receta debe ser emitida por un proveedor (un médico, un dentista u otra persona autorizada).
- Su emisor de recetas debe aceptar Medicare o presentar la documentación ante los CMS en la cual indica que reúne los requisitos para emitir recetas, o su reclamo de la Parte D será rechazado. Debe preguntar a sus emisores de recetas si cumplen con esta condición la próxima vez que los llame o consulte. Si no es así, tenga en cuenta que el emisor de su receta necesita tiempo para presentar la documentación necesaria que será procesada.
- En general, usted debe usar una farmacia perteneciente a la red para abastecer su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan* (la denominamos "*Lista de Medicamentos*" para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del plan*)
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" se refiere a que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

Sección 2. Surta sus recetas en una farmacia de la red

Sección 2.1

Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *únicamente* si se abastecen en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas abastecidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que cuenta con un contrato con nuestro plan para ofrecerle sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamento cubierto" hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la *Lista de Medicamentos* del plan.

Sección 2.2

Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web (www.mysimplymedicare.com) o llamar a Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita reabastecer un medicamento que ya estaba tomando, puede solicitarle a un proveedor que le haga una receta nueva o que transfieran la receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estuvo utilizando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando deja la red del plan, usted deberá encontrar otra que esté en la red.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Afiliados (el número de teléfono está impreso en el dorso de este folleto) o utilizar el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, en www.mysimplymedicare.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, es necesario abastecer las recetas en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para una terapia de infusión a domicilio. Nuestro plan cubre la terapia de infusión a domicilio si:
 - El medicamento recetado está en el formulario de nuestro plan o se ha obtenido una excepción al formulario para su medicamento recetado.
 - El medicamento recetado no tiene ningún otro tipo de cobertura dentro de los beneficios médicos de nuestro plan.
 - Nuestro plan ha aprobado su receta para la terapia de infusión a domicilio.
 - La receta fue emitida por una persona autorizada.

Consulte el *Directorio de Proveedores/Farmacias* para encontrar una farmacia especializada en servicios de infusión a domicilio que preste servicios en su área. Para más información, llame a Servicios para Afiliados (los números de teléfono de figuran en la contraportada este folleto).

- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes internados en un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos de que puede recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidados a largo plazo, que suele ser la farmacia que utiliza el centro de cuidados a largo plazo. Si tiene alguna dificultad para acceder

a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, contáctese con Servicios para Afiliados.

- Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/ Urbano (Tribal/Urban Indian Health Program) (no disponible en Puerto Rico). Excepto en caso de emergencia, únicamente los nativos americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) restringe a ciertas localidades, o que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o instrucciones para su uso. (Nota: estos casos no son comunes).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* o llame a Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 2.3

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

El plan ofrece de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma de manera regular, debido a una afección médica crónica o a largo plazo).

1. **Algunas farmacias minoristas** de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 2.4

¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenezca a la red de nuestro plan?

Su receta puede tener cobertura en algunas circunstancias

Por lo general, ofrecemos la cobertura si se abastecen los medicamentos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red.

Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicios donde puede abastecer sus recetas como afiliado de nuestro plan. Si no puede utilizar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriremos las recetas abastecidas en una farmacia fuera de la red:

- Usted viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios, y se enferma o pierde sus medicamentos recetados o se queda sin ellos.
- La receta es para una emergencia médica o atención urgente.
- Usted no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicios debido a que la farmacia de la red que ofrece servicios las 24 horas no está disponible a 25 millas de distancia en automóvil.
- Usted está abasteciendo una receta para un medicamento cubierto que no se vende regularmente en una farmacia minorista de la red (por ejemplo, un medicamento huérfano u otra especialidad farmacéutica).
- En caso de una emergencia médica o una atención de urgencia necesaria cuando no está disponible una farmacia de la red. Deberá pagar el costo total del medicamento y presentar la documentación para recibir el reembolso del plan. El plan no reembolsará la diferencia entre la suma que cobren las farmacias fuera de la red y el monto permitido para las farmacias dentro de la red del plan.

En estos casos, **verifique primero con el Servicios para Afiliados** para comprobar si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto). Es posible que tenga que 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 pedir un reembolso al plan?

Si usted utiliza una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar la parte normal del costo) cuando abastezca la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo 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" le 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 "Lista de Medicamentos" para abreviar.**

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

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

En general, cubriremos un medicamento que esté en la *Lista de Medicamentos* del plan, siempre y cuando sigas las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo, y el uso del medicamento sea para una indicación médicamente aceptada. "Indicación médicamente aceptada" se refiere a que el uso del medicamento *está*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para los cuales se recetó).
- -- o bien -- respaldado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son: el American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de información DRUGDEX y USPDI o su sucesor, y, para el cáncer, el National Comprehensive Cancer Network y el Clinical Pharmacology o sus sucesores).

La *Lista de Medicamentos* incluye tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que sus equivalentes de marca. En general, funciona del mismo modo que el medicamento de marca y, a menudo, su costo es menor. Hay medicamentos genéricos disponibles como sustitutos para muchos medicamentos de marca.

¿Qué no se encuentra en la *Lista de Medicamentos*?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).

- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la *Lista de Medicamentos*.

Sección 3.2

Existen cinco "niveles de distribución de costos" para los medicamentos de la *Lista de Medicamentos*

Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan está en uno de los seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento:

- Nivel 1 de distribución de costos: incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es uno de los niveles de distribución de costos con copago más bajo.
- Nivel 2 de distribución de costos: incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de distribución de costos: incluye medicamentos de marca preferidos. Medicamentos que Simply Healthcare Plans, Inc. ofrece a un costo inferior que sus medicamentos de marca no preferidos.
- Nivel 4 de distribución de costos: incluye medicamentos de marca no preferidos. Medicamentos que Simply Healthcare Plans, Inc. ofrece a un costo mayor que sus medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 5 de distribución de costos: incluye medicamentos especializados. Con los medicamentos de este nivel de distribución de costos, por lo general, gastará más que en otros niveles.

Para saber en qué nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, busque en la *Lista de Medicamentos* del plan.

El monto que pagará por los medicamentos en cada nivel de distribución de costos se muestra en el

Capítulo 6 (*Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3

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

Usted tiene tres modos de hacerlo:

1. Consulte la *Lista de Medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite el sitio web del plan (www.mysimplymedicare.com). La *Lista de Medicamentos* del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Afiliados para averiguar si un medicamento en particular está en la *Lista de Medicamentos* o pida una copia de la lista. (Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 4. Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1

¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan cubre ciertos medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a nuestros afiliados a utilizar los medicamentos del modo más efectivo. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo cual hace que la cobertura sea más accesible.

En general, nuestras normas le recomiendan que obtenga un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un

medicamento de bajo costo y seguro funcione médicamente del mismo modo que un medicamento de costo más alto, las normas del plan están diseñadas de tal modo que usted y su proveedor utilicen la opción de menor costo. También debemos cumplir con las normas y las reglamentaciones de Medicare con respecto a la cobertura de medicamentos y a la distribución de costos.

Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar la eliminación de la restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en la *Lista de Medicamentos*. Esto sucede porque se pueden aplicar diferentes restricciones o distribución de costos basados en factores tales como la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por el proveedor de atención de salud (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o líquido).

Sección 4.2

¿Qué tipo de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de la forma más efectiva. Las siguientes secciones le brindan más información sobre qué tipo de restricciones utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción de los medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

Un medicamento "genérico" funciona del mismo modo que un medicamento de marca y por lo general es menos costoso. **Cuando se encuentra disponible una versión genérica de un medicamento de marca,**

nuestras farmacias de la red le brindarán la versión genérica. En general, no cubriremos el medicamento de marca si existe una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos informó sobre la razón médica por la que el medicamento genérico u otros medicamentos genéricos que tratan la misma afección no serán efectivos, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por anticipado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que acordemos cubrirle un medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces, el requisito de obtener aprobación por anticipado ayuda a orientarlo sobre el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo incentiva a intentar con un medicamento menos costoso pero igual de eficaz antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no es efectivo para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que usted puede tener, restringiendo la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que abastece su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de un determinado

medicamento, podemos limitar la cobertura para su 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 sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la *Lista de Medicamentos*. Si desea obtener información más actualizada, llame a Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.mysimplymedicare.com).

Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si el medicamento que quiere tomar tiene alguna restricción, debe comunicarse con Servicios para Afiliados para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar la eliminación de la restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

Sección 5. ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que a usted le gustaría?

Sección 5.1

Existen alternativas que usted puede considerar si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea

Esperamos que su cobertura de medicamentos le sea útil. Es posible que pueda haber un medicamento recetado que usted tome actualmente, o uno que su proveedor considere que debe tomar que no aparezca en nuestra lista o se encuentre en nuestro formulario con restricciones.

Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ningún tipo de cobertura. O una versión genérica del medicamento está cubierto, pero no la versión de marca que desea.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, es posible que tenga primero que probar un medicamento distinto para ver si le funciona antes de que sea cubierto el medicamento que usted desea. O pueden haber límites en la cantidad del medicamento (número de pastillas, etc.) cubierto durante un periodo de tiempo en particular. En algunos casos, tal vez desee que eliminemos la restricción.
- El medicamento tiene cobertura, pero se encuentra en un nivel de distribución de costos que hace que sea más costoso de lo que piensa que debería ser. El plan coloca a cada medicamento cubierto en uno de los diferentes cinco niveles de distribución

de costos. Lo que pague por la receta depende, en parte, del nivel de distribución de costos en el que está su medicamento.

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que desea. Las opciones dependen de qué tipo de problema tenga:

- Si su medicamento no se encuentra en la *Lista de Medicamentos*, o si su medicamento tiene alguna restricción, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que hace que el costo sea más elevado de lo que usted piensa que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2

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

Si su medicamento no está en la *Lista de Medicamentos* o tiene algún tipo de restricción, puede hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los afiliados en determinadas circunstancias pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar de medicamento o presentar una solicitud para que cubramos el medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o le quite las restricciones al medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en la *Lista de Medicamentos* o cuando tenga alguna restricción. Al hacer esto, usted gana

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué debe hacer.

Para reunir las condiciones para recibir un suministro temporal, debe cumplir estos dos requisitos:

1. El cambio de la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:

- El medicamento que estuvo 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** (Sección 4 de este capítulo explica las restricciones).

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

- **Para los afiliados que son nuevos o tenían el plan el año pasado y que no se encuentran en un centro de cuidados a largo plazo (LTC):** Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted fuera nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan desde el año pasado.** Este suministro temporal estará vigente para un suministro máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos varios abastecimientos para proporcionar un suministro del medicamento de hasta 30 días. La receta debe abastecerse en una farmacia de la red.
- **Para los afiliados que son nuevos o para los que tenían el plan el año pasado y que viven en un centro de cuidados a largo plazo (LTC):** Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado.** El suministro total será para un máximo de 98 días. Si en su receta figuran menos días, permitiremos que le entreguen múltiples reabastecimientos hasta un máximo de 98 días de medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más

reducidas en determinados momentos para evitar las pérdidas).

- **Para los afiliados que hayan estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de 34 días de un medicamento particular, o menos si su receta indica menos días. Esto se suma al suministro de transición para atención a largo plazo mencionado antes.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios para Afiliados (los números telefónicos figuran en el reverso de este folleto).

Mientras obtenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporal. Puede cambiar el medicamento por uno que cubra nuestro plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que toma. Las secciones que figuran a continuación le brindan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

Primero hable con su proveedor. Quizás exista un medicamento cubierto diferente en nuestro plan que pueda servirle. Puede llamar a Servicios para Afiliados para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a que encuentre un medicamento cubierto que le sirva a usted. (Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento del modo en que a usted le gustaría. Si su proveedor afirma que usted cuenta con razones médicas que justifican el pedido de una excepción, este puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede pedir que el plan cubra un medicamento aunque no esté en la *Lista de Medicamentos* del plan. O puede

pedir al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 se explica qué debe hacer. Se explican los procedimientos y los plazos estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione rápida y justamente.

Sección 5.3

¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted cree que es demasiado alto?

Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted piensa que es muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de distribución de costos que usted piensa que es demasiado alto, primero hable con su proveedor. Quizás exista un medicamento diferente en un nivel de distribución de costos más bajo que pueda ser igual de efectivo para usted. Puede llamar a Servicios para Afiliados para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a que encuentre un medicamento cubierto que le sirva a usted. (Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto).

Puede solicitar una excepción

En el caso de los medicamentos que se encuentran en los Niveles 2 y 4, usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de distribución de costos del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor afirma que usted cuenta con razones médicas que justifican el pedido de una excepción, este puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 se explica qué debe hacer. Se explican los procedimientos y los plazos estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione rápida y justamente.

Los medicamentos de nuestro nivel de Medicamentos Especializados, nivel de Medicamentos Genéricos Preferidos y nivel de Medicamentos de Marca Preferidos no reúnen las condiciones para este tipo de excepciones. No reducimos el monto de distribución de costos para los medicamentos que se encuentran en estos niveles.

Sección 6. ¿Qué sucede si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1

La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren a comienzos de año (el 1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar cambios en la *Lista de Medicamentos*.

Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o quitar medicamentos de la *Lista de Medicamentos*.** Medicamentos nuevos se encuentran a disposición, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno aprobó un uso nuevo de un medicamento ya existente. A veces, se retira del mercado un medicamento, y decidimos no cubrirlo. O retiramos un medicamento de la lista debido a que se ha descubierto que no es efectivo.
- **Cambiar un medicamento a un nivel de distribución de costos superior o inferior.**
- **Agregar o quitar una restricción de cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).

- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

¿Cómo sabrá si la cobertura de su medicamento ha cambiado?

Si existe un cambio en la cobertura *de un medicamento que está tomando*, el plan le enviará una notificación para advertirle. Normalmente, **le informaremos con, por lo menos, 60 días de anticipación.**

De vez en cuando, se **retira repentinamente** un medicamento del mercado, porque se descubre que es inseguro o por otras razones. Si esto ocurre, el plan eliminará el medicamento inmediatamente de la *Lista de Medicamentos*. Le informaremos este cambio inmediatamente. Su proveedor también sabrá de este cambio, y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

¿Los cambios de su cobertura de medicamentos le afectan de inmediato?

Si alguno de los siguientes tipos de cambio afecta al medicamento que está tomando, el cambio no le afectará hasta el 1° de enero del siguiente año si permanece en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de distribución de costos más alto.
- Si establecemos una nueva restricción para el uso del medicamento.
- Si retiramos el medicamento de la *Lista de Medicamentos*, pero no debido a un retiro repentino del mercado ni a que un nuevo medicamento genérico lo haya reemplazado.

Si ocurre alguno de estos cambios con el medicamento que está tomando, el cambio no afectará su uso o la parte que usted paga del costo hasta el 1.º de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, usted probablemente no verá ningún incremento en los pagos ni ninguna restricción agregada para el uso del medicamento. Sin embargo, a partir del 1.º de enero del año siguiente, los cambios le afectarán.

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

- Si un **medicamento de marca que usted está tomado es reemplazado por un medicamento genérico nuevo**, el plan debe notificarte al menos 60 días antes o darle un reabastecimiento para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
 - Durante el periodo de 60 días, usted debería estar evaluando con su proveedor el cambio al medicamento genérico o a otro medicamento que cubramos.
 - O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).
- De nuevo, si se **retira repentinamente** un medicamento del mercado, porque se descubre que es inseguro o por otras razones, será eliminado inmediatamente de la *Lista de Medicamentos* del plan. Le informaremos este cambio inmediatamente.
 - Su proveedor también sabrá de este cambio, y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

Sección 7. ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1

Tipos de medicamentos sin cobertura

Esta sección explica qué tipos de medicamentos recetados están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos excluidos, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos los medicamentos que estén enumerados en esta sección. La única excepción: Si se comprueba en una apelación que el medicamento requerido no está excluido en la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5 en este folleto).

Aquí presentamos tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que esté cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- En general, nuestro plan no puede cubrir el "uso fuera de lo indicado en la etiqueta". El "uso fuera de lo indicado en la etiqueta" es la utilización del medicamento para algo distinto a lo indicado en la etiqueta según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos .
 - Por lo general, la cobertura para el "uso fuera de lo indicado en la etiqueta" se permite únicamente cuando su uso está respaldado por ciertos libros de referencia. Estos libros de

referencia son la American Hospital Formulary Service Drug Information, el sistema de información DRUGDEX; para el cáncer, la Red Nacional Integral del Cáncer y Farmacología Clínica (National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology) o sus sucesores. Si su uso no está justificado por ninguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir su "uso no habitual".

Además, según la ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertos de los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos de venta sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se utilizan para favorecer la fertilidad
- Medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos o de los síntomas del resfrío
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para favorecer el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de fluoruro
- Medicamentos que se utilizan para tratar disfunciones sexuales o eréctiles, tales como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia y para la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios, cuando el fabricante, como condición de venta, solicite que le compren a él exclusivamente las pruebas asociadas o los servicios de control

Si recibe "Ayuda Extra" para pagar sus medicamentos, es posible que el programa Medicaid de su estado cubra algunos medicamentos recetados que no suelen estar cubiertos por el plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números telefónicos

y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

Sección 8. Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando abastezca una receta

Sección 8.1

Muestre su tarjeta de membresía

Para que se le surta su receta, muestre su tarjeta de membresía en la farmacia de la red de su elección.

Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo del medicamento recetado cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento.

Sección 8.2

¿Qué debe hacer si no tiene su tarjeta de membresía en ese momento?

Si no tiene consigo la tarjeta de membresía de su plan cuando abastezca su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar todo el costo de la receta cuando la recoja.** (Después puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso del plan).

Sección 9. Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1

¿Qué ocurre si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada por una permanencia cubierta por el plan?

Si usted se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada, en una estadía cubierta por nuestro plan, habitualmente cubrimos los costos de los medicamentos recetados que utilice durante la estadía. Una vez que usted se vaya del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan le brindará cobertura para los medicamentos, siempre que cumplan con todas las normas de la cobertura. Consulte las partes previas de esta sección, que le explican las normas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y sobre lo que usted paga.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si ingresa, permanece o abandona un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un periodo especial de inscripción. Durante este periodo, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (Capítulo 10, *Cómo finalizar su membresía en el plan*, le informa cuándo usted puede dejar su plan y suscribirse a otro plan diferente de Medicare).

Sección 9.2

¿Qué ocurre si reside en un centro de cuidado prolongado (LTC)?

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) cuenta con su propia farmacia o con alguna que le suministre los

medicamentos para todos sus pacientes. Si usted permanece como paciente en un centro de cuidados a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados en la farmacia del centro, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Proveedores/Farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de cuidados prolongados forma parte de nuestra red. Si no lo fuera, o si requiere más información, comuníquese con el Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

¿Qué ocurre si es residente de un centro de cuidados prolongados (LTC) y se convierte en un nuevo afiliado del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o que tiene algún tipo de restricción, el plan le cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 98 días, o menos si su receta indica menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención a largo plazo (LTC) puede proporcionar el medicamento en cantidades más reducidas en determinados momentos para evitar las pérdidas).

Si ha sido afiliado de nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*, o, si el plan tiene alguna restricción con respecto a su cobertura, le cubriremos un suministro de 34 días, o menos si en su receta figuran menos días.

Mientras obtenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporal. Quizás exista un medicamento cubierto diferente en nuestro plan que pueda servirle. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento del modo en que a usted le gustaría. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le explica qué hacer.

Sección 9.3

¿Qué ocurre si también recibe la cobertura de medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

¿Actualmente cuenta con otra cobertura de medicamentos recetados mediante su plan de grupo del empleador o de jubilación (o el de su cónyuge)? Si es así, comuníquese **con el administrador de los beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios lo puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo del empleador o de jubilación. Eso significa que la cobertura de grupo pagará primero.

Nota especial sobre la 'cobertura acreditable':

Todos los años, su grupo del empleador o de jubilación debe enviarle una notificación que le informa si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es acreditable y las opciones que usted tiene para la cobertura de medicamentos.

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

Conserve estas notificaciones sobre cobertura acreditable, ya que puede necesitarlas luego.

Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió la notificación sobre la cobertura acreditable del plan de grupo del empleador o de jubilación, puede obtener

una copia del administrador de beneficios de grupo del empleador o de jubilación, del empleador o del sindicato.

información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted tiene que pagar.

Sección 9.4

¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un programa para enfermos terminales de Medicare y requiere un medicamento antináuseas, laxante o analgésico o un medicamento para la ansiedad que no esté cubierto por el programa porque no está relacionado con su enfermedad terminal o afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del emisor de la receta o del proveedor de servicios para enfermos terminales que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de los medicamentos no relacionados que deben estar cubiertos por nuestro plan, usted puede pedir al proveedor del centro para enfermos terminales o al emisor de la receta que se asegure de que contamos con la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que abastezca su receta.

En caso de que usted revoque la elección del centro para enfermos terminales o sea dado de alta del centro, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termina el beneficio de su centro para enfermos terminales de Medicare, deberá presentar documentación a la farmacia donde conste su revocación o alta. Consulte las partes previas de esta sección, que le explican las normas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D. El Capítulo 6 (*Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D*) le ofrece más

Sección 10. Programas sobre seguridad de los medicamentos y administración de medicamentos

Sección 10.1

Programas que ayudan a los afiliados a utilizar los medicamentos de manera segura

Realizamos evaluaciones del uso de los medicamentos para nuestros miembros a fin de garantizar que estén recibiendo una atención segura y apropiada. Estas evaluaciones son especialmente importantes para los miembros que tengan más de un proveedor que receta los medicamentos.

Realizamos una evaluación cada vez que usted abastece una receta. También revisamos nuestros registros con regularidad.

Durante estas evaluaciones, buscamos problemas potenciales como por ejemplo:

- Posibles errores en la medicación.
- Medicamentos que no sean necesarios porque usted está tomando otro que trata la misma afección médica.
- Medicamentos que no sean seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían ser peligrosas si las toma al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que contienen principios a los que usted sea alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

Si observamos un problema potencial en el uso que usted hace de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2

Programas de administración de la terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Contamos con programas que pueden ayudar a nuestros afiliados con situaciones especiales. Por ejemplo, algunos afiliados tienen diversas afecciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y tienen costos elevados en medicamentos.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los afiliados. Un grupo de farmacéuticos y médicos los desarrollaron para nosotros. Los programas pueden asegurar que nuestros afiliados consigan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Nuestro programa se llama programa de administración de la terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Algunos afiliados que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas pueden recibir los servicios a través de un programa de Administración de la Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión completa de todos sus medicamentos. Usted puede consultar sobre cuál es

la mejor manera de tomar sus medicamentos, sobre sus costos y cualquier problema o duda que tenga acerca de su receta y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito de la conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que usted puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera, con espacio para tomar notas o escribir cualquier pregunta de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y el motivo por el que los está tomando.

Es una buena idea que realice la revisión de medicamentos antes de su visita anual de “bienestar” para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y la *Lista de Medicamentos*. Traiga su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento en el que consulte con su médico, farmacéutico u otro proveedor de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos consigo (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o la sala de emergencia.

Si contamos con un programa acorde a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y retiraremos su participación en el programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Servicios para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).

Capítulo 6

Cuánto paga por los
medicamentos recetados de la
Parte D

Capítulo 6. Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 1.	Introducción	111
Sección 1.1	Utilice este capítulo y otra documentación que explique la cobertura de sus medicamentos	111
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los medicamentos cubiertos	112
Sección 2.	Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de cobertura del medicamento" en la que se encuentre cuando recibe el medicamento	112
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de un medicamento para los afiliados de Simply Care (HMO SNP)?	112
Sección 3.	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	114
Sección 3.1	Le enviaremos un informe mensual denominado <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la "EOB de la Parte D")	114
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos	114
Sección 4.	No hay deducible para Simply Care (HMO SNP)	115
Sección 4.1	No paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D	115
Sección 5.	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de medicamentos y usted paga la suya	115
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento dependerá del medicamento y de la farmacia donde se abastezca la receta	115
Sección 5.2	Esta tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento durante <i>un mes</i>	116
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es probable que no deba pagar el costo del suministro de un mes completo	117
Sección 5.4	Esta tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento <i>a largo plazo</i> hasta de 90 días	118
Sección 5.5	Usted permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de sus medicamentos durante el año alcance \$3,750	119

Sección 6. Durante la Etapa de la brecha de cobertura, el plan proporciona cierta cobertura de medicamentos 119

Sección 6.1 Usted permanecerá en la etapa sin cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$5,000 119

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para los medicamentos recetados 120

Sección 7. Durante la etapa de cobertura en caso de catástrofe, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 121

Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año 121

Sección 8. Lo que usted paga por las vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 122

Sección 8.1 Nuestro plan podrá tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de la aplicación de la inyección 122

Sección 8.2 Puede llamar a Servicios para Afiliados antes de recibir una vacuna 123

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

El programa "Ayuda Extra" (Extra Help) ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponda.** Le enviamos un folleto adicional denominado "Modificación de la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen Ayuda Extra para pagar los medicamentos recetados" (también conocido como la "Modificación del subsidio por bajos ingresos" o "LIS Rider"), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si no recibe este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el "LIS Rider." (Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 1. Introducción

Sección 1.1

Utilice este capítulo y otra documentación que explique la cobertura de sus medicamentos

Este capítulo se centra en cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, utilizaremos "medicamentos" en este capítulo para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos se excluyen de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe saber lo básico sobre qué medicamentos se cubren, dónde abastecer sus recetas y qué normas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos.

A continuación encontrará material que explica las cuestiones básicas:

- **Lista de Medicamentos Cubiertos del plan (Formulario):** Para simplificar, la llamamos la "Lista de Medicamentos".

- Esta *Lista de Medicamentos* le informa qué medicamentos están cubiertos.
- También le informa en cuál de los cinco "niveles de distribución de costos" está el medicamento y si hay alguna restricción en la cobertura del medicamento.
- Si necesita una copia de la *Lista de Medicamentos*, llame a Servicios para Afiliados (los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto). También puede obtener la *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web en www.mysimplymedicare.com. La *Lista de Medicamentos* del sitio web es siempre la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto:** Capítulo 5 le proporciona detalles acerca de la cobertura de medicamentos con receta, incluidas las normas que debe seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también le dice qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de Farmacias y Proveedores del plan:** En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). El *Directorio de Proveedores y Farmacias* contiene una lista de farmacias que pertenecen a la red del plan.

También le explica cómo puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento (como, por ejemplo, el abastecimiento de una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2

Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los medicamentos cubiertos

Para entender la información sobre los pagos que le damos en este capítulo, necesita conocer los tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina "distribución de costos", y hay tres maneras en las que se le puede solicitar el pago:

- El **"deducible"** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **"Copago"** significa que usted paga un monto fijo cada vez que abastece una receta.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que abastece una receta.

Sección 2. Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de cobertura del medicamento" en la que se encuentre cuando recibe el medicamento

Sección 2.1

¿Cuáles son las etapas de pago de un medicamento para los afiliados de Simply Care (HMO SNP)?

Como se muestra en la siguiente tabla, existen etapas de pago del medicamento para la cobertura de los medicamentos recetados de nuestro plan. Cuánto paga por un medicamento depende de la etapa en la que usted esté cuando obtiene el abastecimiento o el reabastecimiento de una receta.

Tenga en cuenta que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento.

Etapa 1 Etapa de deducible anual	Etapa 2 Etapa de cobertura inicial	Etapa 3 Etapa sin cobertura	Etapa 4 Etapa de cobertura en caso de catástrofe
Debido a que no existe deducible para el plan, esta etapa del plan no se aplica a usted.	Esta etapa comienza cuando abastece su primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.	Para los medicamentos genéricos, usted paga un copago* de \$5.00 para los medicamentos genéricos preferidos de nivel 1 y un copago* de \$10.00 para los medicamentos genéricos de nivel 2. Para	Durante esta etapa, el plan pagará la mayor proporción del costo de sus medicamentos el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2018).

Etapa 1 Etapa de deducible anual	Etapa 2 Etapa de cobertura inicial	Etapa 3 Etapa sin cobertura	Etapa 4 Etapa de cobertura en caso de catástrofe
	<p>Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus "gastos totales en medicamentos" hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) alcancen los \$3,750.</p> <p>(Los detalles se describen en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>los medicamentos de marca en los niveles 3, 4 y 5, usted paga el 35 % del precio (más una parte de la comisión del farmacéutico) y el 44 % de cualquier medicamento genérico que pueda estar en el nivel 5.</p> <p>Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus "gastos de bolsillo" hasta la fecha (sus pagos) alcancen los \$5,000. Medicare ha establecido este monto y las normas para llegar a dicho monto.</p> <p>(Los detalles se describen en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>(Los detalles se describen en la Sección 7 de este capítulo).</p>

*El monto a pagar dependerá de si usted reúne los requisitos para el subsidio por bajos ingresos (LIS), también conocido como programa de "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare. Para obtener más información sobre el programa de "Ayuda Extra", consulte el Capítulo 2, Sección 7.

Sección 3. Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

Sección 3.1

Le enviaremos un informe mensual denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D")

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando abastece o reabastece las recetas en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a otra.

En particular, existen dos tipos de costos a los que les realizamos el seguimiento:

- Realizamos un seguimiento de lo que ha pagado. Esto se llama su costo "**gastos de bolsillo**".
- Realizamos un seguimiento de los "**costos totales de los medicamentos**". Este es el monto que paga de su bolsillo, u otros pagan en su nombre, más el monto que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces se denomina "*EOB de la Parte D*") cuando abastece una o más recetas a través del plan durante el mes anterior.

Incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe le ofrece los detalles de pago sobre las recetas que usted abasteció durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que paga nuestro plan y qué paga usted u otras personas en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** Esto se llama información "anual hasta la fecha".

Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.

Sección 3.2

Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por ellos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias.

Aquí le presentamos cómo nos puede ayudar a mantener actualizada y correcta la información sobre usted:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando obtenga el abastecimiento de una receta.** Para garantizar que tengamos información sobre las recetas que abastece y lo que está pagando, muestre la tarjeta de membresía de su plan cada vez que se abastezca una receta.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** En algunas ocasiones, es posible que deba pagar los medicamentos recetados cuando no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, puede entregarnos copias de los recibos de los medicamentos que adquirió. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague su parte del costo. Si desea obtener instrucciones sobre cómo proceder, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). Aquí le presentamos algunas situaciones en que podemos necesitar que nos entregue copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarnos de que contamos con un registro completo de lo que gastó en sus medicamentos:
 - Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.

- Cuando usted ha hecho un copago por medicamentos suministrados dentro de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
- Cada vez que adquiere medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hicieron por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se aplican al cálculo de sus gastos de bolsillo y lo ayudan a reunir los requisitos para la cobertura en caso de catástrofe. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos (ADAP) para tratar el sida, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican a los gastos de bolsillo. Debe llevar un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos realizar un seguimiento de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (una "EOB de la Parte D") por correo, verifique que la información esté completa y sea correcta. Si piensa que falta algo en el informe, o tiene alguna pregunta, llame al Servicios para Afiliados (los números telefónicos figuran en la portada de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Constituyen un registro importante de sus gastos en medicamentos.

Sección 4. No hay deducible para Simply Care (HMO SNP)

Sección 4.1

No paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D

No existe deducible para nuestro plan. Usted comienza en la etapa de cobertura inicial cuando abastece su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para

obtener información sobre su cobertura en la etapa inicial de cobertura.

Sección 5. Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1

Lo que usted paga por un medicamento dependerá del medicamento y de la farmacia donde se abastezca la receta

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). La parte del costo que pague variará según el medicamento y dónde se abastezca su receta.

El plan tiene cinco niveles de distribución de costos

Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan está en uno de los seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento:

- Nivel 1 de distribución de costos: incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es uno de los niveles de distribución de costos con copago más bajo.
- Nivel 2 de distribución de costos: incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de distribución de costos: incluye medicamentos de marca preferidos. Medicamentos que Simply Healthcare Plans, Inc. ofrece a un costo

Sección 5.2

inferior que sus medicamentos de marca no preferidos.

- Nivel 4 de distribución de costos: incluye medicamentos de marca no preferidos.
- Nivel 5 de distribución de costos: incluye medicamentos especializados. Con los medicamentos de este nivel de distribución de costos, por lo general, gastará más que en otros niveles.

Para saber en qué nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, busque en la *Lista de Medicamentos* del plan.

Sus opciones en cuanto a farmacias

Lo que pague por un medicamento depende de dónde obtiene el medicamento:

- una farmacia minorista que esté en la red de nuestro plan;
- una farmacia que no está en la red del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo se abastecen sus recetas, consulte el Capítulo 5 en este folleto y el *Directorio de Proveedores y Farmacias del plan*.

Esta tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento durante *un mes*

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

- "**Copago**" significa que usted paga un monto fijo cada vez que abastece una receta.
- "**Coseguro**" significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que abastece una receta.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende de cuál es el nivel de distribución de costos en que esté su medicamento.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el precio del medicamento cubierto es inferior al monto de copago que aparece en el cuadro, usted pagará el monto más bajo por el medicamento. Usted paga *el* precio total del medicamento *o* el monto de copago, *el que sea menor*.
- Brindamos cobertura para recetas abastecidas en farmacias fuera de la red solo en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener información sobre las circunstancias en las que cubriremos una receta abastecida en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento recetado de la Parte D con cobertura:			
Nivel	Distribución de costos estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos por Atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 34 días)	Distribución de costos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más información.) (suministro hasta para 30 días)
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$5.00*	\$5.00*	\$5.00*

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento recetado de la Parte D con cobertura:			
Nivel	Distribución de costos estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos por Atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 34 días)	Distribución de costos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más información.) (suministro hasta para 30 días)
Nivel 2: Genéricos	\$10.00*	\$10.00*	\$10.00*
Nivel 3: De Marca Preferidos	\$15.00*	\$15.00*	\$15.00*
Nivel 4: De Marca no Preferidos	\$35.00*	\$35.00*	\$35.00*
Nivel 5: Medicamentos Especiales	33 %*	33 %*	33 %*

*El monto a pagar dependerá de si usted califica para el subsidio por bajos ingresos (LIS), también conocido como programa de "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare. Para obtener más información sobre el programa de "Ayuda Extra", consulte el Capítulo 2, Sección 7.

** Si la distribución de costos es una suma de copago establecida en lugar de un coseguro (un porcentaje de los costos), además de su copago en una farmacia fuera de la red, usted paga la diferencia entre el cargo real y lo que hubiéramos pagado en una farmacia de la red.

Sección 5.3

Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es probable que no deba pagar el costo del suministro de un mes completo

Generalmente, el monto que paga por un medicamento recetado cubre un suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamentos de menos de un mes. Es posible que haya momentos en que quiera solicitar a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando toma un medicamento por primera vez conocido por tener efectos secundarios graves). Si su médico le receta un

suministro de menos de un mes completo, no tendrá que pagar el mes completo para determinados medicamentos.

El monto que paga cuando obtiene un suministro de menos de un mes completo dependerá de si usted debe pagar el coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted debe pagar el coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es por un suministro para un mes completo o por menos días. Sin embargo, debido a que todo el costo del medicamento será más bajo si obtiene un suministro de menos de un mes completo, el *monto* que usted paga será menor.
- Si debe pagar un copago por el medicamento, su copago estará basado en la cantidad de días del

medicamento que reciba. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la "tasa diaria de distribución de costos") y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

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

La distribución de costos diaria le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro de todo un mes.

También puede solicitar a su médico que recete, y a su farmacéutico que dispense, un suministro inferior a un mes completo de uno o varios medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor la fecha de reabastecimiento de distintas recetas, de forma que tenga que ir menos veces a la farmacia. El monto que paga dependerá de la cantidad de días de suministro que reciba.

Sección 5.4

Esta tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento a largo plazo hasta de 90 días

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando abastece su receta.

El suministro a largo plazo es de 90 días. (Si desea obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.3).

La siguiente tabla muestra lo que tiene que pagar cuando obtiene el suministro de un medicamento a largo plazo, de 90 días.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si el precio del medicamento cubierto es inferior al monto de copago que aparece en el cuadro, usted pagará el monto más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento o el monto de copago, *el que sea menor*.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado de la Parte D con cobertura:	
Nivel	Distribución de costos estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$15.00*
Nivel 2: Genéricos	\$30.00*
Nivel 3: De Marca Preferidos	\$45.00*
Nivel 4: De Marca no Preferidos	El suministro a largo plazo no está disponible para el Nivel de Medicamentos de Marca No Preferidos.
Nivel 5: Medicamentos Especiales	El suministro a largo plazo no está disponible para el Nivel de Medicamentos Especializados.

* El monto a pagar dependerá de si usted califica para el subsidio por bajos ingresos (LIS), también conocido como programa de "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare. Para obtener más información sobre el programa de "Ayuda Extra", consulte el Capítulo 2, Sección 7.

Sección 5.5

Usted permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de sus medicamentos durante el año alcance \$3,750

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total por los medicamentos recetados que ha abastecido y reabastecido alcance el límite de **\$3,750 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total del medicamento se basa en sumar lo que usted y el plan de la Parte D han pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos desde que comenzó con la primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo). Esto incluye:
 - El total de distribución de costos que pagó por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribió en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2018, el monto que pagó el plan durante la Etapa inicial de cobertura también se tiene en cuenta para calcular sus costos totales por medicamentos).

La *Explicación de Beneficios* de la Parte D (*EOB de la Parte D*) que le enviamos le ayudará a realizar un seguimiento de lo que pagaron usted y el plan, así como otros terceros, por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$3,750 en un año.

Le informaremos si usted alcanza el monto de \$3,750. Si usted llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa sin cobertura.

Sección 6. Durante la Etapa de la brecha de cobertura, el plan proporciona cierta cobertura de medicamentos

Sección 6.1

Usted permanecerá en la etapa sin cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$5,000

Cuando se encuentra en la Etapa sin cobertura, el copago de sus medicamentos Genéricos Preferidos de Nivel 1 y los medicamentos Genéricos de Nivel 2 no cambiará. El monto que paga el plan por los medicamentos en estos niveles no se contabiliza para los gastos de bolsillo. Solo se contabiliza el monto que usted paga, y esto lo ayuda hasta que finalice la Etapa sin cobertura.

Cuando se encuentra en la Etapa sin cobertura, para los medicamentos de Marca Preferidos Nivel 3, de Marca No Preferidos Nivel 4 y Medicamentos Especializados de Nivel 5, el Programa de Descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare (Medicare Coverage Gap Discount Program) brinda descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 35 % de los costos y una parte de la tarifa de preparación por los medicamentos de marca. El monto que paga y el monto que el fabricante descuenta se contabilizan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado, y esto lo ayuda hasta que finalice la Etapa sin cobertura.

También recibe cierta cobertura de medicamentos genéricos en Medicamentos Especializados de Nivel

5. Usted no paga más del 44 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. El monto que paga el plan (56 %) por los Medicamentos Especializados de Nivel 5 no se contabiliza para los gastos de bolsillo. Solo se contabiliza el monto que usted paga, y esto lo ayuda hasta que finalice la Etapa sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento de los medicamentos de marca y no más del 44 % del costo de los medicamentos genéricos que no pertenezcan al Nivel 5 hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. En el 2018, dicho monto será de \$5,000.

Medicare cuenta con normas acerca de lo que se considera y *no* se considera como costos de bolsillo. Cuando alcance un límite de gastos de bolsillo de \$5,000, usted saldrá de la Etapa sin cobertura y pasará a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Sección 6.2

Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para los medicamentos recetados

Aquí le presentamos las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos un registro de los gastos de bolsillo para sus medicamentos.

Estos pagos *están incluidos* en sus gastos de bolsillo

Cuando sume sus gastos de bolsillo, *puede incluir* los pagos que figuran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa inicial de cobertura
 - La Etapa sin cobertura

- Cualquier pago que realice durante este año calendario como afiliado de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Lo que importa es quién paga:

- Si realiza los pagos **usted mismo**, estos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los hacen **ciertas personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las instituciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA o por el Indian Health Service. Los pagos realizados por el programa de "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare también están incluidos.
- Algunos pagos realizados por el Programa de descuentos durante la Etapa sin cobertura de Medicare están incluidos. El monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca está incluido. Sin embargo, el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Paso a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$5,000 de gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa sin cobertura a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Estos pagos *no están incluidos* en sus gastos de bolsillo

Cuando sume sus gastos de bolsillo, usted **no está autorizado a incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- El monto que paga por su prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.

- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados de la Parte Ao de la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos efectuados por medicamentos recetados, que normalmente no están cubiertos por el plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos efectuados por los medicamentos de marca o genéricos que realice el plan durante la Etapa sin cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos que realicen los planes de salud de grupo, incluidos los de su empleador.
- Los pagos por sus medicamentos que realicen ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos que realice una tercera parte que tenga la obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, la compensación para trabajadores).

Recordatorio: Si alguna organización como las que se enumeran arriba paga parte del gasto de bolsillo o la totalidad de este por sus medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan. Llame a Servicios para Afiliados para informarnos (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

¿Cómo puede realizar un seguimiento de los gastos de bolsillo totales?

- **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 sus gastos de bolsillo (Sección 3 de este capítulo se proporciona información sobre este informe). Cuando alcance un total de \$5,000 en costos de bolsillo para ese año, este informe le dirá que ha

dejado la Etapa sin cobertura y que ha pasado a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Sección 3.2 se le informa lo que puede hacer para ayudarnos a que los registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

Sección 7. Durante la etapa de cobertura en caso de catástrofe, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1

Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año

Usted reúne los requisitos para la etapa de cobertura en caso de catástrofe cuando sus costos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$5,000 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año calendario.

Durante este periodo, el plan pagará la mayoría de los costos por sus medicamentos.

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que sea *mayor*:
 - *o bien* — un coseguro del 5 % del costo del medicamento
 - *o bien* — \$3.35 por un medicamento genérico o un medicamento que sea tratado como tal y \$8.35 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga** el resto del costo.

Sección 8. Lo que usted paga por las vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1

Nuestro plan podrá tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de la aplicación de la inyección

Nuestro plan ofrece cobertura para diversas vacunas de la Parte D. También cubrimos las vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2.1.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de la **vacuna**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicación de la vacuna**. (Esto a veces se llama la "administración" de la vacuna).

¿Cuánto debe pagar por una vacuna de la Parte D?

Cuánto debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. El tipo de vacuna (para qué se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede encontrar información sobre la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan (*Formulario*).

2. Dónde obtiene la vacuna.

3. Quién le coloca la vacuna.

Lo que usted paga en el momento de obtener la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias.

Por ejemplo:

- A veces, cuando se le aplique la vacuna, deberá pagar el costo total por la vacuna y por la aplicación. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse su parte del costo.
- Otras veces, cuando obtiene la vacuna o se la aplican, tendrá que pagar únicamente su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona, aquí le presentamos tres modos comunes en los que puede colocarse una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida la administración) durante la etapa sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la colocan en la farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no les permiten a las farmacias que apliquen una vacuna).

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo por colocarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto del costo.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando obtenga la vacuna, usted paga el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo, utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto, (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre el monto que su médico factura y lo que nosotros normalmente pagamos. (Si usted participa en el

programa de “Ayuda Extra” (Extra Help), le reembolsaremos esta diferencia.)

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego acude al consultorio de su médico para aplicársela.

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna.
- Cuando su médico le aplica la vacuna, usted paga el costo total por este servicio. Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo, utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto facturado por el médico por la administración de la vacuna, menos cualquier diferencia entre el monto que el médico factura y lo que nosotros normalmente pagamos. (Si usted participa en el programa de “Ayuda Extra” (Extra Help), le reembolsaremos esta diferencia.)

Nota: Cuando usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico (consulte la Situación 2 antes mencionada), **no** tiene que pagar todo el costo de la vacuna y de su administración. Usted tiene la opción de que su proveedor facture al comerciante directamente por el costo de la vacuna y su

administración. Hable con su proveedor sobre estas opciones de pago antes de recibir los servicios para seleccionar la mejor opción para usted.

Sección 8.2

Puede llamar a Servicios para Afiliados antes de recibir una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para Afiliados cada vez que planifique obtener una vacuna. (Los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

- Le podremos informar cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Le podremos explicar cómo mantener bajo el costo si utiliza los proveedores y las farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, le podemos informar sobre lo que puede hacer para obtener el pago de nuestra parte del costo.

Capítulo 7

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

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 1.	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos ...	126
Sección 1.1	Si usted paga nuestra parte de los costos del plan por los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos que la paguemos	126
Sección 2.	Cómo solicitarnos que le reembolsemos el dinero o que paguemos una factura que usted ha recibido	128
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos la solicitud de pago	128
Sección 3.	Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no	128
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos.	128
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación	129
Sección 4.	Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias	129
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviar copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de bolsillo en medicamentos	129

Sección 1. Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1

Si usted paga nuestra parte de los costos del plan por los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos que la paguemos

En algunas ocasiones, cuando reciba atención médica o adquiera un medicamento recetado, deberá pagar el costo total. Otras veces, podrá observar que ha pagado más de lo esperado según las normas de cobertura del plan.

En ambos casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (devolverle el dinero a menudo se denomina "reembolsarle"). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cuando ha pagado más de su participación en el costo de servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan.

También puede suceder que a veces usted reciba facturas de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió. Generalmente, usted debería enviarnos la factura en vez de pagarla usted mismo. Evaluaremos la factura y decidiremos si corresponde que cubramos los servicios. Si decidimos que debemos pagar, le pagaremos directamente al proveedor.

Estos son ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar que nuestro plan le devuelva su dinero o que le pague una factura que usted ha recibido:

1. Cuando usted ha recibido atención médica de emergencia o urgentemente necesaria de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, sea o no parte de nuestra red. Cuando usted recibe atención de emergencia o urgentemente necesaria de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde, y no, la totalidad. Debe pedir al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

- Si usted paga la totalidad del monto en el momento en que recibe la atención, tendrá que solicitar que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con cualquier documentación que indique lo que usted ha pagado.
- En ciertas ocasiones, puede recibir una factura de un proveedor que le solicita un pago que usted considera que no es su deuda. Envíenos esta factura junto con cualquier documentación que indique lo que usted ha pagado.
 - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente.
 - Si usted ya ha pagado más que la parte del costo que le corresponde por el servicio, determinaremos cuánto debía pagar y le reembolsaremos la parte que nosotros tenemos que pagar.

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 facturarle directamente a nuestro plan y pedirle a usted solo la parte del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Solamente debe pagar su monto de distribución de costos cuando obtiene servicios que cubre nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

se conoce como "saldo de facturación". Esta protección (por la cual nunca paga más de su monto de distribución de costos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si existe una controversia y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación de saldo", consulte el Capítulo 4, Sección 1.3.

- Siempre que usted reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera excesivo, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema de facturación.
- Si usted ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó en exceso, envíenos la factura junto con documentación de los pagos que haya hecho y solicite que le reembolsemos la diferencia entre el monto que usted pagó y el que usted debía pagar de acuerdo con el plan

3. Si se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

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

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

Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para presentar la solicitud. (Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto).

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para abastecer su receta

Si usted concurre a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para que le

abastezcan una receta, la farmacia no podrá presentarnos directamente la reclamación. Cuando esto ocurra, usted deberá pagar el costo total de su receta. (Solo cubrimos las recetas abastecidas en farmacias fuera de la red en algunos casos especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener más información).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando pague el costo total de una receta porque no tiene consigo su tarjeta de membresía de nuestro plan

Si no tiene consigo la tarjeta de membresía de su plan, puede solicitar a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque su información de inscripción en nuestro plan.

Sin embargo, si la farmacia no consigue la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando pague el costo total de una receta en otras circunstancias

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos de nuestro plan (Formulario)*; o puede estar sujeto a un requisito o a una restricción que usted no conocía o no considera que deba aplicarse a su caso. Si desea adquirir el medicamento en el momento, deberá pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, es probable que necesitemos que su médico nos proporcione más información a fin de reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones sobre la cobertura. Es decir, que

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

si nuestro plan rechaza su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Capítulo 9 de este folleto ("*Qué hacer si tiene un problema o reclamo - decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos*") tiene información sobre cómo presentar una apelación.

Sección 2. Cómo solicitarnos que le reembolsemos el dinero o que paguemos una factura que usted ha recibido

Sección 2.1

Cómo y dónde enviarnos la solicitud de pago

Envíenos la solicitud de pago junto con la factura y la documentación de cualquier pago que usted haya efectuado. Se recomienda que haga una copia de su factura y los recibos a modo de registro.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con toda factura o recibo a la siguiente dirección:

Simply Healthcare Plans, Inc.
Attention Member Services
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174-3460

Comuníquese con Servicios para Afiliados si tiene cualquier pregunta (los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto). Si no sabe el monto que adeuda o si recibe facturas y no sabe qué debe hacer con ellas, podemos ayudarle. Además, puede comunicarse con nuestro plan si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

Sección 3.1

Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos.

Una vez recibida su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos brinde información adicional. De lo contrario, evaluaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos, y que usted cumplió con todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de la parte que nos corresponde pagar por correo. Si usted aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo. (El Capítulo 3 explica las normas que usted debe seguir para obtener cobertura de servicios médicos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener cobertura de medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* respetó todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta en la que le explicaremos las razones por las que no le enviamos el pago que usted solicitó y su derecho de apelar la decisión.

Sección 3.2

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

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de pago.

Para conocer más detalles sobre cómo solicitar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto, (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*). El proceso de apelación es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Si no está familiarizado con la presentación de una apelación, le será de ayuda comenzar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria en la que se explica el proceso para tomar decisiones sobre la cobertura y apelar, y se brindan definiciones de términos como "apelación".

Después de haber leído la Sección 4, puede consultar la sección del Capítulo 9 que le dice que hacer para su situación:

- Si usted quiere presentar una apelación sobre reembolsos por servicios médicos, consulte la Sección 5.3 en el Capítulo 9.
- Si quiere presentar una apelación para que le devuelvan el dinero que pagó por un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

Sección 4. Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias

Sección 4.1

En algunos casos, debe enviar copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de bolsillo en medicamentos

Existen algunas ocasiones en las que debería comunicarnos sus pagos por medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando el pago. En cambio, usted nos estará comunicando sus pagos a fin de que podamos calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la etapa de cobertura en caso de catástrofe con mayor rapidez.

Estas son dos situaciones en las que debería enviarnos las copias de los recibos para informarnos de los pagos que ha efectuado por sus medicamentos:

1. Cuando compre el medicamento a un precio inferior al que cobramos:

A veces, cuando se encuentra en la etapa sin cobertura, puede adquirir su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio inferior al precio que cobramos.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer una promoción especial sobre un medicamento. O, usted tal vez posea una tarjeta de descuento ajena a nuestro beneficio que ofrece un precio inferior.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, debe utilizar una farmacia de la red en estos casos, y el medicamento debe estar incluido en nuestra *Lista de Medicamentos*.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de bolsillo lo ayuden a cumplir con los requisitos para la etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si usted está en la Etapa sin cobertura, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente sus gastos de bolsillo y ayudarle a reunir con mayor rapidez los requisitos para la etapa de cobertura en caso de catástrofe.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Debido a que usted obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente sus gastos de bolsillo y ayudarle a reunir con mayor rapidez los requisitos para la etapa de cobertura en caso de catástrofe.

2. Cuando obtenga un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos:

Algunos afiliados se inscriben en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos ajeno a los beneficios del plan. Si usted adquiere cualquier 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.

Debido a que en las dos situaciones anteriores usted no está solicitando un pago, estas situaciones no se consideran decisiones sobre la cobertura. Por lo tanto, aunque no esté de acuerdo con nuestra decisión, no podrá presentar una apelación.

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.	Nuestro plan debe respetar sus derechos como afiliado del plan	133
Sección 1.1	Debemos brindarle información de manera que le sea útil (en idiomas distintos del inglés, en Braille y en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)	133
Sección 1.2	Debemos brindarle un trato justo y respetuoso en todo momento	133
Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	133
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	134
Sección 1.5	Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos	140
Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	141
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado	142
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si cree que no recibe un trato justo o que sus derechos no son respetados?	143
Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos	143
Sección 2.	Usted tiene responsabilidades como afiliado del plan	143
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	143

Sección 1. Nuestro plan debe respetar sus derechos como afiliado del plan

Sección 1.1

Debemos brindarle información de manera que le sea útil (en idiomas distintos del inglés, en Braille y en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, comuníquese con Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos, disponibles para responder las preguntas de los afiliados discapacitados y los que no hablen inglés. También podemos brindarle información en braille, textos con letras grandes u otros formatos alternativos gratuitos si lo requiere. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios del plan en forma accesible y adecuada para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, comuníquese con Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto) o comuníquese con nuestra Coordinadora de Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator), Elayne Williford al 1-877-577-0115.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, por favor llame para presentar una queja formal con Simply Healthcare Plans Departamento de Quejas y Apelaciones al 1-877-577-0115 (TTY: 711) desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando

al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights). La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura o con este envío, o puede comunicarse con el Servicios para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) para obtener información adicional.

Sección 1.2

Debemos brindarle un trato justo y respetuoso en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con leyes que lo protegen de la discriminación y del trato injusto. **No discriminamos** a las personas por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicios.

Si desea obtener más información o tiene algún problema de discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame al Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Afiliados puede ayudarlo.

Sección 1.3

Debemos asegurarnos de que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como afiliado de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (Primary

Care Provider, PCP) de la red del plan para que le suministre y organice los servicios cubiertos (Capítulo 3 se explica esto con más detalle). Llame al Servicios para Afiliados para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto). Usted también tiene derecho a ir a un especialista de la mujer (como un ginecólogo) sin remisión.

Como afiliado del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de los proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas oportunamente y cuando usted lo necesite. Usted también tiene derecho a abastecer y reabastecer sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.

Si considera que no se le están brindando la atención de salud o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9, Sección 10 de este folleto se le explica lo que tiene que hacer. (Si hemos rechazado la cobertura de su atención médica o sus medicamentos, y está en desacuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 9, Sección 4 se le indica qué puede hacer).

Sección 1.4

Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

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

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que usted nos proporcionó en el momento de inscribirse en este plan así como su expediente médico y otra información médica o 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 una notificación escrita, denominada “Notificación de

prácticas de privacidad”, en la que se informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no tengan acceso a sus registros ni los modifiquen.
- En la mayoría de los casos, si le proporcionamos su información de salud a una persona que no le brinda atención o no paga su atención, *debemos obtener su permiso por escrito*. El permiso escrito lo puede dar usted o alguien a quien le haya dado la autoridad legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones por las que no se requiere que le solicitemos antes su permiso por escrito. La ley permite o establece estas excepciones.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar su información de salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. En caso de que Medicare divulgue la información de usted con fines de investigación u otros propósitos, deberá hacerlo según la legislación y las reglamentaciones federales.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha divulgado a otros

Usted tiene derecho a tener acceso a su expediente médico que se encuentra en el plan y a obtener una copia de él. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, usted tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos información en sus registros médicos. Si lo hace, trabajaremos con su proveedor de atención de la salud a fin de decidir si se deben realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha revelado su información de salud a otros con cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información de salud, llame a Servicios para Afiliados (los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto).

Más adelante encontrará la Notificación sobre prácticas de privacidad al 1.º de enero de 2017. Esta notificación puede cambiar, así que asegúrese de estar consultando la versión más reciente, que puede solicitar a Servicios para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) o directamente a través de nuestra página web www.mysimplymedicare.com.

Notificaciones sobre prácticas de privacidad

Cada año, tenemos la obligación de enviarte información específica sobre tus derechos, tus beneficios y más. Deben utilizarse muchos árboles para poder cumplir con esta tarea; por eso, hemos decidido combinar algunas de estas notificaciones anuales obligatorias. Tómese unos minutos para leer lo siguiente:

- Notificación estatal sobre prácticas de privacidad
- Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA
- Beneficios de la cirugía de reconstrucción mamaria

Notificación estatal sobre prácticas de privacidad

Como se mencionó en nuestra notificación de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), debemos respetar las leyes estatales que sean más estrictas que esta ley federal de privacidad. En esta notificación, se explican sus derechos y nuestras obligaciones legales según la ley estatal. Esto se aplica a los beneficios de seguros

de vida, además de los beneficios de salud, dentales y de la visión que puedas tener.

Su información personal

Podemos recabar, utilizar y compartir su información personal (Personal Information, PI) no pública, según se describe en esta notificación. La información personal permite identificar a una persona y, a menudo, se recopila por temas relacionados con los seguros.

Podemos recopilar PI sobre usted de otras personas o entidades, como médicos, hospitales u otros aseguradores. En algunos casos, podemos divulgarla a personas o entidades ajenas a nuestra compañía sin su consentimiento. Si participáramos en una actividad que nos exigiera darte la opción de no participar en ella, nos comunicaremos contigo. Le informaremos cómo puede hacernos saber que no desea que utilicemos ni divulguemos su información personal para una determinada actividad.

Tiene derecho a acceder y corregir su PI. Tomamos las medidas de seguridad razonables para proteger su PI, dado que dicha información se define como aquella que puede ser usada para efectuar juicios sobre su salud, sus finanzas, su personalidad, sus hábitos y pasatiempos, su reputación, carrera y capacidad crediticia.

Puede obtener una notificación más detallada, previa solicitud. Llame al número de teléfono impreso en su tarjeta de membresía. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD, DE LA VISIÓN Y DENTAL PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE, Y DE QUÉ MANERA USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

RELACIONADA CON SUS BENEFICIOS DE SALUD. LÉALA DETENIDAMENTE.

Mantenemos la privacidad de la información financiera y de salud de nuestros afiliados actuales y anteriores según lo exige la ley, los estándares de acreditación y nuestras normas. En esta notificación, se explican sus derechos. Además, se explican nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad. La ley federal nos obliga a entregarle esta notificación.

Su información de salud protegida

Podemos recopilar, utilizar y divulgar su Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) por los motivos que se indican a continuación y por otros permitidos o exigidos por ley, incluida la Norma de privacidad de la HIPAA:

Para pagos: Utilizamos y divulgamos la PHI para administrar su cuenta o sus beneficios, o para pagar las reclamaciones de atención médica que le corresponden a través de su plan.

Para actividades de atención médica: Utilizamos y divulgamos la información de salud protegida para llevar a cabo nuestras actividades de atención médica. Por ejemplo, podemos utilizarla para analizar la calidad de la atención y los servicios que usted recibe.

Para actividades de tratamiento: No proporcionamos tratamiento. Esa es la función de los proveedores de atención médica, como los médicos u hospitales.

Ejemplos de cómo usamos su información para actividades relacionadas con pagos, tratamientos y atención médica:

- Contamos con información sobre los pagos de las primas y los deducibles.
- Podemos brindar información a un consultorio médico para confirmar sus beneficios.
- Podemos compartir su Explicación de beneficios (EOB) con el suscriptor de su plan para propósitos relacionados con el pago.
- Podemos divulgar la información de salud protegida (PHI) a su proveedor de atención médica, para que usted pueda recibir el tratamiento.

- Podemos usar la información de salud protegida (PHI) para revisar la calidad de la atención y los servicios que usted recibe.
- Podemos usar la información de salud protegida (PHI) para proporcionarle servicios de administración de casos o coordinación de atención para afecciones como asma, diabetes o lesión traumática.
- También podemos usar y divulgar la información de salud protegida, de manera directa o indirecta, con mercados de información de salud, para actividades relacionadas con pagos, atención médica y tratamientos. Si usted no desea que su información de salud protegida se divulgue por motivos relacionados con pagos, actividades de atención médica o tratamientos en mercados de información de salud, visite www.simplyhealthcareplans.com/medicare/privacy-notice para obtener más información.

Para usted: debemos permitirle el acceso a su propia PHI. Además, podemos contactarlo para que conozca las opciones de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con la salud. Cuando usted o sus dependientes alcancen una edad determinada, podemos brindarle información sobre otros productos o programas para los cuales usted puede cumplir los requisitos. Esto puede incluir la cobertura individual. También podemos enviarle recordatorios sobre exámenes médicos y análisis de rutina.

Para terceros: En la mayoría de los casos, si utilizamos o divulgamos su información de salud protegida para fines que no sean el tratamiento, el pago, las actividades o la investigación, primero debemos obtener su consentimiento por escrito. Debemos recibir su consentimiento por escrito antes de que podamos utilizar su PHI para ciertas actividades de promoción. Debemos obtener su consentimiento por escrito antes de vender su PHI. Si las tenemos, debemos obtener su consentimiento por escrito antes de divulgar las anotaciones de psicoterapia de su proveedor. Es posible que también se requiera su consentimiento por escrito para otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida no mencionados en esta notificación. Siempre tiene

derecho a revocar cualquier consentimiento por escrito que proporcione. Puede notificarnos por escrito que está de acuerdo con que divulguemos su PHI a terceros por algún motivo. Además, si se encuentra presente y nos autoriza, podemos proporcionar su PHI a un afiliado de su familia, amigo, o cualquier otra persona. Lo haríamos en el caso de que tenga relación con su tratamiento actual o con el pago de su tratamiento. Si usted no está presente, si se trata de una emergencia o no puede informarnos que está de acuerdo, podemos entregarle su PHI a un afiliado de su familia, un amigo u otra persona, si el hecho de compartir esta información redundaría en su beneficio.

Según lo que permite o exige la ley: También podremos divulgar su información de salud protegida en diversas situaciones, entre las que se incluyen las siguientes:

- Actividades de supervisión de salud.
- Procedimientos judiciales o administrativos y, cuando sea necesario hacer cumplir la ley, a autoridades de salud pública y a forenses, directores de funerarias o evaluadores médicos (en caso de decesos).
- Por determinadas razones, podemos divulgarla a grupos de donación de órganos, con fines de investigación y para evitar una amenaza importante para la salud o la seguridad.
- Funciones gubernamentales especiales, para la compensación de los trabajadores, para responder a solicitudes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y para alertar a las autoridades correspondientes si creemos de manera razonable que podrías ser víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos.
- Según lo exija la ley.

Si está inscrito en un plan de salud de grupo patrocinado por un empleador, podemos divulgar su información de salud protegida (PHI) al plan de salud de grupo. Si su empleador paga su prima o parte de ella, pero no paga sus reclamaciones del seguro médico, su empleador no puede recibir su información de salud protegida (PHI), a menos que este prometa

protegerla y asegure que se utilizará solo por motivos legales.

Si presenta una solicitud de inscripción en línea para un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage, Medicare Advantage Parte D o Plan de medicamentos recetados de la Parte D, o si un representante o agente se presenta en su nombre, registramos la dirección del protocolo de Internet (Internet Protocol, IP) desde la cual se envía la solicitud. Utilizamos esta información con el fin de intentar evitar y detectar fraudes, derroches y abusos en el programa Medicare.

Autorización: Solicitaremos su autorización por escrito antes de utilizar o divulgar su PHI con otros fines que no sean los enunciados en esta notificación. Puedes retirar tu autorización en cualquier momento, por escrito. A partir de ese momento, dejaremos de utilizar su información de salud protegida para dicho propósito. Sin embargo, si ya hubiéramos utilizado o divulgado su información de salud protegida basándonos en su autorización, no podemos dejar sin efecto las medidas que hayamos tomado antes de que nos informara su decisión.

Información genética: No podemos utilizar o divulgar su PHI que sea información genética de un individuo con fines evaluativos.

Raza, grupo étnico e idioma: Podemos obtener información sobre su raza, grupo étnico e idioma y proteger esta información tal como se describe en esta Notificación. Podemos usar esta información para diversas actividades de atención médica que incluyen la identificación de disparidades en la atención médica, el desarrollo de programas de administración de la atención médica y material educativo, y el ofrecimiento de servicios de interpretación. No utilizamos información sobre la raza, la etnia y el idioma para realizar suscripciones, establecimiento de tasas o de beneficios y no la divulgamos a personas no autorizadas.

Sus derechos

En conformidad con la ley Federal, tiene derecho a lo siguiente:

- Enviarnos una solicitud por escrito para ver u obtener una copia de una PHI determinada, incluida una solicitud para recibir una copia de su PHI por correo electrónico. Es importante tener en cuenta de que existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pueda leer o acceder a su PHI si se envía en un correo electrónico no encriptado. Confirmaremos que desea recibir la PHI no encriptada antes de enviársela.
- Solicite que corriamos su PHI si considera que falta información o no es correcta. Si otra persona (como su médico) nos proporcionara su información de salud protegida, le informaremos, para que pueda solicitarle que la corrija.
- Enviarnos una solicitud por escrito para pedir que no utilicemos su información de salud protegida para el tratamiento, el pago o las actividades de atención médica. No estamos obligados a acceder a estas solicitudes.
- Solicitarnos en forma verbal o escrita que le enviemos su información de salud protegida (PHI) por otros medios, siempre que sean razonables. Solicitar que enviemos tu PHI a una dirección diferente de la de tu hogar, si enviarla a tu hogar implicara un peligro para ti.
- Solicitarnos por escrito una lista de determinados puntos de su información de salud protegida. Comuníquese con Servicios para Afiliados al número de teléfono impreso en su tarjeta de identificación (ID) para utilizar algunos de estos derechos. Servicios para Afiliados está disponible de las 8 a. m. hasta las 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes de las 8 a. m. hasta las 8 p. m. (hora del este), desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre. Los representantes de Servicios para Afiliados pueden darle la dirección a donde enviar la solicitud. Además, pueden entregarle cualquier formulario

que tengamos y que le pueda ayudar con este proceso.

- Derecho a restringir los servicios que usted paga de su bolsillo: si paga la totalidad de los servicios médicos de su bolsillo, tiene derecho a pedir una restricción. La restricción evitaría el uso o la divulgación de esa información de salud protegida (PHI) por razones de tratamiento, pago o actividades. Si usted o su proveedor nos presentan una reclamación, no estamos obligados a aceptar una restricción (consulte la sección Sus derechos que aparece anteriormente). Si una ley requiere la divulgación, no estamos obligados a aceptar su restricción.

Cómo protegemos la información

Nos comprometemos a proteger su PHI y, para ello, hemos establecido diferentes políticas y prácticas para asegurar que su información de salud protegida esté segura.

Debemos mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI). Si creemos que se ha violado su información de salud protegida (PHI), debemos informárselo.

Conservamos su PHI oral, escrita y electrónica de manera segura mediante procedimientos y medios físicos y electrónicos seguros. Estos controles de seguridad cumplen con las leyes federales y estatales. Algunos de los modos en que mantenemos su PHI a salvo incluyen la protección de las oficinas donde conservamos su PHI, el uso de contraseñas para proteger las computadoras y el cierre con llave de las áreas de almacenamiento y archiveros. Exigimos a nuestros empleados que protejan su información de salud protegida mediante políticas y procedimientos por escrito. Estas políticas limitan el acceso a la información de salud protegida (PHI) solo a aquellos empleados que necesitan los datos para realizar su trabajo.

También se exige a los empleados que utilicen un distintivo identificatorio para mantener alejadas de las áreas donde se conservan los datos confidenciales a las personas ajenas a estas áreas. Además, cuando así

lo exija la ley, nuestros afiliados y no afiliados deben proteger la privacidad de la información que divulgamos durante el desarrollo normal de las actividades. No se les permite proporcionar información de salud protegida a otras personas sin su consentimiento por escrito, salvo que la ley o esta notificación estipulen lo contrario.

Possible impacto de otras leyes aplicables

La HIPAA (la ley federal sobre privacidad), en general, no sustituye ni invalida otras leyes que otorgan a las personas mayores protecciones respecto de su privacidad. Por lo tanto, si alguna ley de privacidad estatal o federal nos exigiera que le proporcionemos más protecciones de privacidad, nuestro plan debe cumplir con esa ley además de la HIPAA.

Cómo nos comunicamos contigo

Nosotros (y también nuestros afiliados y proveedores) podemos llamarlo o enviarle un mensaje de texto a cualquiera de los números de teléfono que nos haya proporcionado; usamos un sistema de marcado automático o un mensaje pregrabado. Entre otros motivos, estos llamados pueden estar relacionados con opciones de tratamiento, otros beneficios y servicios relacionados con la salud, con la inscripción, los pagos o la facturación.

Reclamos

Si crees que no hemos protegido tu privacidad, puedes presentarnos un reclamo.

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No tomaremos medidas en su contra por presentar un reclamo.

Información de contacto

Comuníquese con Servicios para Afiliados al número telefónico que aparece en su tarjeta de afiliado. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

(hora del este). Los representantes pueden ayudarle a aplicar sus derechos, realizar un reclamo o hablarle acerca de asuntos de privacidad.

Copias y modificaciones

Tienes derecho a obtener una nueva copia de esta notificación en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de modificar esta notificación. Toda notificación revisada se aplicará a la PHI que ya tenemos de usted y a toda PHI que obtengamos en el futuro. La ley nos exige que cumplamos con la notificación de privacidad que esté vigente en ese momento.

Podemos informarle sobre los cambios realizados a nuestra notificación de diversas maneras. Podemos hacerlo mediante un boletín informativo para afiliados o a través de nuestro sitio web. Además, podemos enviarle por correo una carta donde se le informe de los cambios.

Fecha de entrada en vigor de esta notificación

La fecha de entrada en vigencia original de esta notificación fue el 1º de enero de 2017. La fecha de revisión más reciente de esta notificación es el 1.º de enero de 2017.

Beneficios de la cirugía de reconstrucción mamaria

Esperamos que sienta tranquilidad al saber que, si en algún momento necesita la cobertura para una mastectomía, sus beneficios de Simply Healthcare cumplen con la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998), la cual estipula que en materia de:

- Reconstrucción de la mama o mamas a las que se les realizó una mastectomía cubierta.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para devolver una apariencia simétrica.

- Prótesis y cobertura de complicaciones físicas relacionadas con todas las etapas de una mastectomía cubierta, incluyendo linfedema.

Se aplicarán todas las disposiciones correspondientes relacionadas con beneficios, incluidos copagos, deducibles o coseguros existentes. Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.

Para obtener más información sobre la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer, puede dirigirse a la página web del Departamento de Trabajo: dol.gov/ebsa/publications/whcra.html.

Sección 1.5

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

Como afiliado de nuestro plan, usted tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información. (Como se explica en la Sección 1.1 tiene derecho a que nuestro plan le brinde información de un modo adecuado. Esto incluye obtener la información en idiomas distintos del inglés y en letra grande, Braille u otros formatos alternativos).

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Afiliados (los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones que los afiliados han presentado y las calificaciones de desempeño de nuestro plan, que incluye cómo lo han calificado los afiliados de nuestro plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre la calidad de los proveedores y farmacias de la red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de la red.

- Para ver la lista de proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de Proveedores/Farmacias*.
- Para ver la lista de farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de Proveedores/Farmacias*.
- Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios para Afiliado (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto) o visitar nuestra página web en www.mysimplymedicare.com.

- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir al utilizar su cobertura.**

- En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos cuáles son los servicios médicos que están cubiertos para usted, las restricciones de la cobertura y las normas que debe respetar para obtener los servicios médicos cubiertos.
- Para conocer los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto, además de la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, así como en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, se enumeran cuáles son los medicamentos cubiertos y se explican las normas que debe seguir y las restricciones a su cobertura en el caso de determinados medicamentos.
- Si tiene alguna pregunta sobre las reglas o restricciones, por favor llame a Servicios para Afiliados (los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto).

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**

- En caso de que un servicio médico o un medicamento de la Parte D no estén cubiertos, o si hay alguna restricción en la cobertura, nos puede solicitar una explicación por escrito. Usted tiene derecho a recibir esta explicación, incluso si recibió la atención médica o el medicamento de un proveedor o de una farmacia fuera de la red.

- Si no le satisface o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca de qué atención médica o qué medicamentos de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos la decisión. Puede solicitar que modifiquemos la decisión mediante una apelación. Para obtener más información sobre qué debe hacer si algún medicamento no tiene cobertura en la manera en que usted considera que debería tenerla, consulte el Capítulo 9 de este folleto. En él se brindan detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que modifiquemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9 se describe también cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras cuestiones).
- Si desea solicitar que nuestro plan pague la parte que le corresponde de una factura que recibió por atención médica o por un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.6

Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer las opciones de tratamiento y participar en las decisiones con respecto a su atención médica.

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención de la salud cuando busca atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y las opciones de su tratamiento *de manera que usted pueda comprenderlo*.

También tiene derecho a participar íntegramente en las decisiones acerca de la atención médica que recibe. Para ayudarlo a tomar decisiones con los médicos acerca de qué tratamiento es más conveniente para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas las opciones.** Esto significa que tiene derecho a saber cuáles son todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye saber acerca de los programas ofrecidos por nuestro plan para ayudar a los afiliados a administrar las medicaciones y a utilizar los medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a saber acerca de cualquier riesgo relacionado con la atención que recibe. Se le debe informar con anticipación si algún tratamiento o atención médica que se le haya propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar un tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si el médico le aconseja lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Sin duda, si rechaza un tratamiento o deja de tomar una medicación, acepta toda la responsabilidad de los problemas que esto pueda generarle a su cuerpo como consecuencia.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención.** Usted tiene derecho a recibir nuestra explicación si un proveedor le niega la atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión sobre la cobertura. En el Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismas a causa de accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si se encuentra en esa situación.

Es decir que, *si lo desea*, puede:

- Completar por escrito un formulario a fin de otorgarle a **alguien autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, si es que alguna vez es incapaz de hacerlo por sí mismo.
- **Otorgarles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que se maneje la atención médica en caso de no poder tomar decisiones por su propia cuenta.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por anticipado en estas situaciones se denominan "**instrucciones anticipadas**". Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes denominaciones. Los documentos denominados "**testamento en vida**" y "**poder notarial para atención médica**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para expresar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si usted desea utilizar una instrucción anticipada, puede obtener un formulario a través de su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de parte de organizaciones que brindan información acerca de Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Afiliados para solicitar los formularios (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- **Complételo y fírmelo.** Sin importar en dónde obtenga el formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Es aconsejable que le pida a un abogado que lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Debería entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que usted designe en el formulario para tomar decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. También puede entregarle copias a sus familiares o amigos cercanos. Asegúrese de guardar una copia en su domicilio.

En caso de que sepa de antemano que deberá ser hospitalizado y hubiera firmado un formulario de

instrucción anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si usted queda internado en el hospital, le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene a mano.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, usted elige si completar una instrucción anticipada o no (incluso si desea firmarla cuando esté en el hospital). Según la legislación, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede realizar un reclamo ante el Florida Agency for Health Care Administration.

Sección 1.7

Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene inconvenientes o inquietudes acerca de la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto detalla cómo manejar todo tipo de problemas y reclamos.

Qué es lo que necesita hacer para realizar el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es probable que deba solicitar a nuestro plan que tome una decisión sobre la cobertura, presentar una apelación para que modifiquemos una decisión sobre la cobertura o presentar un reclamo. En cualquiera de estos casos (solicitar una decisión sobre la cobertura, presentar una apelación o un reclamo) **se nos requiere brindarle un trato justo.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información acerca de las apelaciones y los reclamos que otros afiliados han presentado contra nuestro plan anteriormente. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 1.8

¿Qué puede hacer si cree que no recibe un trato justo o que sus derechos no son respetados?

Si se trata sobre discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 o con la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de otras cuestiones?

Si considera que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, y esto *no* se debe a discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema:

- Puede **llamar a Servicios para Afiliados** (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- Puede **llamar al State Health Insurance Assistance Program**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O puede **llamar a Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete 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

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

- Puede **llamar a Servicios para Afiliados** (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más detalles acerca de esta organización y de cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede **comunicarse con Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para consultar o descargar la publicación "Sus Derechos y Protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 2. Usted tiene responsabilidades como afiliado del plan

Sección 2.1

¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se enumeran qué cosas debe hacer como afiliado del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y con las normas que debe seguir para obtener estos servicios.** Use este folleto de *Evidencia de cobertura*

para aprender qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.

- En los Capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre los servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y el monto que debe pagar.
- En los Capítulos 5 y 6 se brindan detalles acerca de la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si usted cuenta con otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** Llame a Servicios para Afiliados para informarnos (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).
 - Debemos seguir las normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice toda su cobertura conjunta en el momento de obtener sus servicios cubiertos mediante nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios**” porque consiste en coordinar los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud o de medicamento a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 10).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Colabore para que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y demás proveedores de atención médica a darle el mejor tratamiento posible, infórmese en todo lo posible acerca de sus problemas de salud y proporcíóneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los tratamientos y las instrucciones que ha acordado con sus médicos.
- Asegúrese de que sus médicos conocen todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos de venta libre, vitaminas y complementos.
- Si tiene dudas, asegúrese de preguntar al respecto. Sus médicos y demás proveedores de atención médica están para explicarle las cosas de manera que lo pueda entender. Si tiene una pregunta y no entiende la respuesta que le han dado, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una forma que ayude al consultorio del médico, a los hospitales y a otras oficinas a funcionar sin problemas.
- **Pague lo que deba.** Como afiliado del plan, usted es responsable de efectuar los siguientes pagos:
 - A fin de reunir las condiciones para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Por esta razón, algunos afiliados del plan deben pagar una prima por Medicare Parte A y la mayoría de los afiliados deben pagar una prima por Medicare Parte B para permanecer como afiliados del plan.
 - Para obtener la mayoría de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar la parte que le corresponde en el momento de adquirir el servicio o el medicamento. Se trata de un copago (un monto fijo) o de un coseguro (un porcentaje del costo total). Capítulo 4 explica lo que debe pagar por los servicios médicos. Capítulo 6 explica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si obtiene algún tipo de servicios médicos o medicamentos y no están cubiertos por su plan u otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si está en desacuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de algún servicio o medicamento, puede presentar una

apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

- Si se le exige que pague la suma adicional para la Parte D debido a su ingreso anual, debe pagarla directamente al gobierno para permanecer como afiliado del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si planifica mudarse, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para Afiliados (los números de teléfono de figuran en la contraportada este folleto).
 - **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no podrá continuar siendo afiliado de nuestro plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se muda a un lugar que está fuera de nuestra área de servicio. Si se va de su área de servicios, dispondrá de un periodo especial de inscripción durante el cual puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Le informaremos si tiene un plan en su nueva área.
- **Si se muda *dentro* del área de servicios, aún así necesitamos saberlo** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- Si se muda, es importante que informe a la Seguridad Social (o a la Junta Ferroviaria de Retiro). Puede encontrar los números telefónicos e información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Comuníquese con Servicios para Afiliados para solicitar asistencia si tiene dudas o inquietudes.** También apreciamos cualquier sugerencia que pueda aportarnos para mejorar nuestro plan.
 - Los números telefónicos y el horario de atención de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

Capítulo 9

Qué hacer si tiene un problema
o reclamo (decisiones de
cobertura, apelaciones, reclamos)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Antecedentes

Sección 1. Introducción	150
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 150
Sección 1.2	¿Qué significan los términos legales? 150
Sección 2. Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales no vinculadas con nosotros	150
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada 150
Sección 3. ¿Qué proceso debe seguir para resolver su problema?	151
Sección 3.1	¿Debe seguir el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para realizar reclamos? 151

Decisiones sobre la cobertura y apelaciones

Sección 4. Guía de aspectos básicos de las decisiones sobre la cobertura y apelaciones	152
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: aspectos generales 152
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación 153
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le da detalles para su situación? 153
Sección 5. Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación	154
Sección 5.1	Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos nuestra parte del costo de su atención 154
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o provea la cobertura de atención médica que desea) 155

Sección 5.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión sobre la cobertura tomada por nuestro plan)	158
Sección 5.4	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2	160
Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?	162
Sección 6.	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación	163
Sección 6.1	Esta sección describe qué debe hacer si tiene inconvenientes para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos lo que ha pagado por un medicamento de la Parte D	163
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	164
Sección 6.3	Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones	166
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción	166
Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión sobre la cobertura tomada por nuestro plan)	169
Sección 6.6	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2	171
Sección 7.	Cómo solicitarnos cobertura para una internación en el hospital más a largo plazo si cree que el médico le quiere dar el alta demasiado pronto	172
Sección 7.1	Durante la internación, recibirá una notificación escrita de Medicare que le informa sobre sus derechos	173
Sección 7.2	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	174
Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	176
Sección 7.4	¿Qué sucede si no presenta a tiempo la Apelación de Nivel 1?	177
Sección 8.	Cómo pedir que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto	179
Sección 8.1	<i>Esta sección describe solo tres servicios:</i> atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)	179
Sección 8.2	Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura	180

Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más prolongado	181
Sección 8.4	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más prolongado	182
Sección 8.5	¿Qué sucede si no presenta a tiempo la Apelación de Nivel 1?	183
Sección 9.	Cómo elevar su Apelación al Nivel 3 y a Niveles superiores	186
Sección 9.1	Niveles 3, 4 y 5 de apelación para servicios médicos	186
Sección 9.2	Niveles 3, 4 y 5 de apelación para medicamentos de la Parte D	187

Cómo realizar reclamos

Sección 10.	Cómo realizar reclamos sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, Servicio de Atención al Cliente y otras preocupaciones	188
Sección 10.1	¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de reclamos?	188
Sección 10.2	La manera formal de referirse a la “presentación de un reclamo” es “presentar una queja formal”	190
Sección 10.3	Paso a paso: cómo presentar un reclamo	190
Sección 10.4	También puede realizar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad	191
Sección 10.5	Puede informar a Medicare sobre su reclamo	191

Antecedentes

Sección 1. Introducción

Sección 1.1

Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para ciertos problemas, deberá utilizar el **procedimiento para decisiones sobre la cobertura y presentación de apelaciones**.
- Para otro tipo de problemas, debe utilizar el **procedimiento para presentar reclamos**.

Ambos procesos tienen la aprobación de Medicare. Con el fin de garantizar una solución rápida y justa a sus problemas, cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nuestro plan deben cumplir.

¿Qué proceso debe usar? Esto dependerá del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar.

Sección 1.2

¿Qué significan los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas normas, procedimientos y tipos de plazos, que se explican en este capítulo. La mayoría de las personas desconocen muchos de estos términos y pueden resultarles difíciles de comprender.

A modo de simplificación, en este capítulo se explican las normas y los procedimientos legales con un vocabulario sencillo en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo por lo general dice "presentar un reclamo" en vez de "presentar una queja formal", o "decisión de cobertura" en vez de "determinación de organización" o "determinación de cobertura" y "Organización de Revisión Independiente" en vez de "Entidad de Revisión

Independiente". Asimismo, se ha reducido en lo posible el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted sepa los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse más claramente y con exactitud cuando esté encargándose de su problema y a obtener la ayuda o información correcta para su situación. Para ayudarlo a conocer qué términos utilizar, incluimos términos legales en la explicación para resolver determinados tipos de situaciones.

Sección 2. Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales no vinculadas con nosotros

Sección 2.1

Dónde obtener más información y asistencia personalizada

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

Solicite ayuda a una organización del gobierno independiente

Siempre estamos dispuestos a ayudarlo. En algunas situaciones, sin embargo, quizás desee obtener ayuda u orientación de alguien que no se relacione con nosotros. No dude en llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para

resolver su problema. Además pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle ayuda para saber qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Usted encontrará los números telefónicos en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y asesoramiento para la resolución de problemas, también puede comunicarse con Medicare.

Aquí presentamos dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 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>).

Sección 3. ¿Qué proceso debe seguir para resolver su problema?

Sección 3.1

¿Debe seguir el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para realizar reclamos?

Si tiene un problema o una inquietud, lea solo las partes de este capítulo que se relacionan con su situación. La siguiente guía le será de utilidad.

Para identificar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud, **COMIENCE AQUÍ:**

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura? (Esto incluye problemas relacionados con determinar si se cubren ciertos medicamentos recetados o cierta atención médica, de qué forma están cubiertos, y problemas relacionados con el pago de los medicamentos recetados o de la atención médica).

Sí.	No.
<p>Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 4: “Guía de aspectos básicos de las decisiones y apelaciones sobre la cobertura.”</p>	<p>Mi problema <i>no</i> está relacionado con a los beneficios ni a la cobertura.</p> <p>Pase a la Sección 10 al final de este capítulo: “Cómo realizar reclamos sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, Servicio de Atención al Cliente y otras preocupaciones”.</p>

Decisiones sobre la cobertura y apelaciones

Sección 4. Guía de aspectos básicos de las decisiones sobre la cobertura y apelaciones

Sección 4.1

Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: aspectos generales

El proceso para las decisiones sobre la cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura para servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el procedimiento que debe utilizar para cuestiones relacionadas con determinar si un servicio está cubierto y de qué forma lo está.

Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o sus medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red de su plan toma una decisión (favorable) sobre la cobertura cuando le brinda atención médica o cuando lo remite a un especialista.

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura si el médico tiene dudas acerca de si cubriremos un determinado servicio médico o si se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. Es decir, si desea saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura.

Tomamos una decisión sobre la cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos

que el servicio o medicamento no está cubierto o que dejó de estar cubierto por Medicare. Si usted no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre la cobertura que no le satisface, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión que tomamos sobre la cobertura.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión tomada sobre la cobertura para verificar que hayamos seguido todas las normas correctamente. Su apelación es evaluada por revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original. Después de completar la revisión, le informamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, las cuales analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión rápida sobre la cobertura" o "expeditiva" o una apelación rápida de una decisión sobre la cobertura.

Si nuestro plan rechaza, en todo o en parte, su Apelación de Nivel 1, puede continuar apelando en el Nivel 2. Una organización independiente no relacionada con nosotros llevará a cabo la Apelación de Nivel 2. (En algunas circunstancias, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Le informaremos si esto sucede. En otras circunstancias, deberá solicitar una Apelación del Nivel 2). Si no le satisface la decisión sobre la Apelación de Nivel 2, puede continuar apelando a través de niveles de apelación adicionales.

Sección 4.2

Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación

¿Necesita ayuda? A continuación, se mencionan algunos recursos que puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión:

- **Usted puede llamarnos a Servicios para Miembros** (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).
- Para **recibir asesoramiento gratuito de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.**
 - En cuanto a la atención médica, su médico puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, se envía automáticamente al Nivel 2. Para presentar una apelación más allá del Nivel 2, deberá designar a su médico u otro emisor de recetas como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro emisor de recetas puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para presentar una apelación más allá del Nivel 2, deberá designar a su médico u otro proveedor como su representante.
- **Puede pedir a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que lo represente en la solicitud de una decisión sobre la cobertura o la presentación de una apelación.
 - Tal vez, ya haya alguien autorizado legalmente para actuar como su representante según las leyes estatales.

- Si usted desea designar a un amigo, un familiar, su médico u otro emisor de recetas, u otra persona como su representante, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto) y solicite el formulario de "Designación 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> o en nuestro sitio web en www.mysimplymedicare.com). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Usted y la persona que desea que lo represente deben firmar el formulario. Deberá entregarnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su abogado o solicitar que le recomienden uno en el colegio de abogados local u otro servicio de remisiones. Asimismo, existen grupos que le brindarán asistencia legal gratuita si reúne los requisitos. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de la cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3

¿Qué sección de este capítulo le da detalles para su situación?

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que implican decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, nuestro plan le brinda detalles para cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo pedir que cubramos una internación en el hospital más

extensa si piensa que el médico le está dando el alta demasiado pronto".

- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedir que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto." (*Se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]*).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) (En el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto tiene los números telefónicos de este programa).

Sección 5. Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía de "aspectos básicos" de las decisiones sobre la cobertura y apelaciones*)? De lo contrario, es recomendable que la lea antes de comenzar a leer esta sección.

Sección 5.1

Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección, se describen los beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*. A modo de

simplificación, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez "servicios, tratamiento o atención médica".

En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones que se describen a continuación:

1. No obtiene cierta atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
3. Recibió servicios o atención médica que cree que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pero que no accedemos a pagar.
4. Recibió y pagó servicios o atención médica que cree que deberían estar cubiertos por nuestro plan y desea solicitar que nuestro plan le realice un reembolso.
5. Se le ha dicho que la cobertura de cierta atención médica que ha recibido y que nosotros aprobamos previamente va a ser reducida o suspendida, y usted cree que esa reducción o suspensión podrían perjudicar su salud.

- **Nota: Si la cobertura que se suspende es para servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF),** debe leer una sección aparte de este capítulo, debido a que se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Aquí tiene material para leer en esas situaciones:

- El Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos cobertura para una internación más prolongada si cree que el médico le quiere dar el alta demasiado pronto.*
- El Capítulo 9, Sección 8: *Cómo pedir que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección describe solo tres servicios: atención médica a domicilio,

atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

- Para *todas las demás* situaciones que implican haber sido informado de que la atención médica que ha estado recibiendo se interrumpirá, utilice esta sección (Sección 5) como su guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?	
Si usted se encuentra en esta situación:	Puede hacer lo siguiente:
¿Le interesa saber si cubrimos la atención o los servicios médicos que desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, Sección 5.2 .
¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos por el servicio médico de la forma en que usted desea que se cubra o pague?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que solicita que reconsideremos la decisión). Pase a la Sección 5.3 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos que le brindemos un reembolso por la atención o los servicios médicos que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Pase a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2

Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o provea la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales Cuando una decisión sobre la cobertura involucra su atención médica, se denomina "**determinación de la organización**".

Paso 1: Le pide a nuestro plan una decisión sobre la cobertura en la atención médica que está solicitando. Si, debido a su estado de salud, necesita una respuesta rápida, deberá solicitarnos que tomemos una "decisión rápida sobre la cobertura".

Términos legales Una "decisión rápida sobre la cobertura" se denomina "**determinación expeditiva**".

Cómo pedir una 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, su médico o su representante pueden hacerlo.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección, *Cómo comunicarse con nosotros cuando pide una decisión sobre la cobertura de su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.*

Por lo general usamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándares", a menos que hayamos acordado utilizar un plazo "rápido". **Una decisión estándar sobre la cobertura implica que le brindaremos una respuesta dentro de los 14 días** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario** más si solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarle. Si decidimos demorarnos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" porque nuestra decisión tardó más días. Al realizar un reclamo rápido, nuestro plan le brinda una respuesta dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo difiere del proceso de decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Para obtener más información acerca del proceso para presentar un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le brindemos una "decisión rápida sobre la cobertura"

- **Una decisión rápida significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas.**
 - **Sin embargo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que puede beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores que no pertenecen a la red), o si usted necesita tiempo

para enviarnos información para la revisión. Si decidimos demorar más días, se lo comunicaremos por escrito.

- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" porque nuestra decisión tardó más días. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos apenas tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si está solicitando cobertura para atención médica *que todavía no haya recibido*. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya recibió).
 - Usted puede obtener una decisión rápida *únicamente* si el hecho de utilizar los plazos estándares pudiera *ocasionarle un daño grave a su salud o dañar su capacidad de mantener sus funciones*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una "decisión rápida sobre la cobertura", automáticamente accederemos a brindarle una decisión rápida.**
- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin el justificativo de su médico) decidiremos si su estado de salud requiere que le brindemos una decisión rápida.
 - En caso de que nuestro plan decida que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta con nuestra explicación (y utilizaremos, en cambio, los plazos estándar).
 - En esta carta le explicaremos que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura se la brindaremos automáticamente.
 - En la carta también le explicaremos cómo puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura

estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. (Para obtener más información acerca del procedimiento para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

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

Plazos para una "decisión rápida sobre la cobertura"

- Generalmente, con una decisión rápida sobre la cobertura, le responderemos **dentro de las 72 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos demorarnos más días para tomar la decisión sobre la cobertura, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" porque nuestra decisión tardó más días. Al realizar un reclamo rápido, nuestro plan le brinda una respuesta dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no respondemos dentro de las 72 horas (o si hay un periodo extendido, al final de ese periodo), tiene derecho a presentar una apelación. Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud**, debemos autorizar o brindarle la cobertura de atención médica que hemos acordado brindar dentro de las 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar la decisión, autorizaremos o brindaremos la cobertura al finalizar ese periodo extendido.

- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una explicación detallada por escrito con los motivos del rechazo.

Plazos para una decisión sobre la "cobertura estándar"

- Por lo general, para una decisión estándar sobre la cobertura, le daremos una respuesta **dentro de los 14 días calendario luego de recibir su solicitud**.
 - Podemos demorar hasta 14 días calendario más ("periodo extendido"), en determinadas circunstancias. Si decidimos demorarnos más días para tomar la decisión sobre la cobertura, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" porque nuestra decisión tardó más días. Al realizar un reclamo rápido, nuestro plan le brinda una respuesta dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no respondemos dentro de los 14 días (o, si hay un periodo extendido, al final de ese periodo), tiene derecho a presentar una apelación. Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud**, debemos autorizar o brindarle la cobertura de atención médica que hemos acordado brindar dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar la decisión, autorizaremos o brindaremos la cobertura al finalizar ese periodo extendido.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de la atención médica, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos, y quizá cambiemos, esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación implica realizar otro intento para obtener la cobertura de atención de la salud que desea.
- Si decide presentar una apelación, esto significa que utilizará el Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión sobre la cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales	Una apelación ante el plan acerca de una decisión sobre la cobertura de atención médica se denomina “reconsideración” del plan.
-------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la *sección titulada, Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Para solicitar una apelación estándar, presente la apelación estándar enviando una solicitud escrita.** También puede solicitar una apelación llamando al número telefónico que se muestra en

el Capítulo 2, Sección 1 “*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.*”.

- Si una persona que no sea su médico va a apelar la decisión por usted, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante mediante el cual se autorice a esa persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Servicios para Afiliados (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto) y solicite el formulario de “Designación de Representante”). También está disponible en el sitio web de Medicare, en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en www.mysimplymedicare.com). Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar o completar la revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación) después de recibir su solicitud de apelación, esta será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación escrita explicando su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Si usted está solicitando una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando pide una decisión de cobertura sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.*)
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión sobre la cobertura. Si no cumplió con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Un buen motivo para no cumplir con el plazo puede ser, por ejemplo, una enfermedad grave que le impidió comunicarse con

nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para presentar una apelación.

▪ **Puede solicitar una copia de la información sobre la decisión médica y agregar más información para sustentar su apelación.**

- Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre la apelación. Se nos permite cobrarle una tarifa por fotocopiar y enviarle esta información.
- Si lo desea, usted y su médico pueden aportarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede realizar una solicitud por teléfono)

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

- Si apela una decisión que tomamos acerca de la cobertura de la atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberá decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y los procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida sobre la cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura. (Estas instrucciones ya fueron explicadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una "apelación rápida", accederemos a brindarle una.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa la apelación, examinamos detalladamente toda la información acerca de la solicitud de cobertura de atención médica. Revisamos todo para ver si seguimos todas

las normas en el momento en que 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 para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si decidimos demorarnos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o hacia el final del periodo extendido si es que tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización independiente revisará su solicitud. Más adelante en esta sección se informa acerca de esta organización y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud**, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una notificación de denegación por escrito para informarle que hemos enviado automáticamente su solicitud a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación en caso de que esta

esté relacionada con la cobertura de servicios que aún no recibió. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su afección de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos demorarnos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" porque nuestra decisión tardó más días. Al realizar un reclamo rápido, nuestro plan le brinda una respuesta dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le brindamos una respuesta dentro de la fecha límite anterior (o hacia el final del periodo extendido de tiempo si es que tomamos días extra), estamos obligados a presentar su solicitud en el Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización. Más adelante en esta sección, se informa acerca de esta organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud**, debemos autorizar o brindarle la cobertura de atención médica que hemos acordado brindar dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una notificación de denegación por escrito para informarle que hemos enviado automáticamente su solicitud a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza, en todo o en parte, su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente Nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas al momento de rechazar su apelación, **debemos enviar la apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Cuando lo hagamos, su apelación pasará al siguiente Nivel del proceso de apelación, que corresponde al Nivel 2.

Sección 5.4

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación Nivel 1, su caso se envía *automáticamente* al siguiente Nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

Términos legales El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se la llama "IRE".

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa la apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Es una compañía elegida por Medicare para que funcione como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información acerca de su apelación a esta organización. Esta información se denomina "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitar una copia del expediente de su caso.** Podemos cobrarle una tarifa por fotocopiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, también tendrá una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si hizo una apelación rápida de nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida de Nivel 2. La organización de revisión debe dar una respuesta a su Apelación Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.**

Si tuvo una “apelación estándar” en el Nivel 1, también tendrá una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presentó una apelación estándar de nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar de Nivel 2. La organización de revisión debe dar una respuesta a su Apelación Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.**

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le brinda una respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará la decisión y le explicará los motivos por los que la tomó.

- **Si la organización de revisión acepta, en todo o en parte, su solicitud,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario después de conocer la decisión de la organización de revisión de las solicitudes estándar

o dentro de las 72 horas de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para las solicitudes expeditivas.

- **Si esta organización rechaza su apelación, en todo o en parte,** significa que estuvo de acuerdo con nosotros en que su solicitud de cobertura de atención médica (o parte de esta) no se debe aprobar. (Esto se conoce como "confirmar la decisión". También se llama "rechazo de la apelación").
 - Si la Organización de Revisión Independiente "confirma la decisión", 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 la atención médica que usted solicita deberá alcanzar un mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación, y la decisión del Nivel 2 será definitiva. En la notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le comunicará cómo saber cuál es el monto en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación.

- Existen tres Niveles adicionales en el proceso de Apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco Niveles de apelación).
- Si su apelación en el Nivel 2 es rechazada, y reúne los requisitos para continuar el proceso de apelación, deberá decidir si desea proseguir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto aparecen en la notificación por escrito que obtuvo después de la Apelación de Nivel 2.
- Un juez de un tribunal administrativo decidirá sobre su Apelación de Nivel 3. Sección 9 en este capítulo se brindan más detalles sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5

¿Qué sucede si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?

Si quiere que paguemos la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos.*

El Capítulo 7 se describen las situaciones en las que puede necesitar solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión sobre la cobertura

Si nos envía la documentación que pide un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión sobre la cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión sobre la cobertura, verificamos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de Beneficios Médicos [qué está cubierto y qué debe pagar]*).

También verificaremos que usted haya cumplido todas las normas para el uso de la cobertura de atención médica (estas normas aparecen en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta, y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo por la atención médica que recibió dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. O si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente

al proveedor. (Al enviar el pago, se *acepta* su solicitud de una decisión sobre la cobertura).

- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* respetó todas las normas, no le enviaremos el pago. En lugar de eso, le enviaremos una carta en donde se explica que no pagaremos los servicios y los motivos detallados de esta decisión. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir *no* a su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión sobre la cobertura de rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 5.3.

Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, observe que:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos darle una respuesta **dentro de los 60 días calendario** después de recibir su apelación. (Si no solicita que paguemos la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor **dentro de los 30 días calendario**. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

Sección 6. Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía de "aspectos básicos" de las decisiones sobre la cobertura y apelaciones*)? De lo contrario, es recomendable que la lea antes de comenzar a leer esta sección.

Sección 6.1

Esta sección describe qué debe hacer si tiene inconvenientes para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos lo que ha pagado por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos del plan (Formulario)*. Para obtener la cobertura, se debe utilizar el medicamento para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" se refiere a que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, utilizamos generalmente el término "medicamento" en lo que resta de esta sección en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez.

- Para conocer a qué nos referimos con medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, las normas y restricciones para la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

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

Términos legales	La decisión inicial sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D se denomina " determinación sobre la cobertura ".
-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

- Nos solicita que hagamos una excepción y, entre otras cosas, usted puede:
 - Solicitarnos la cobertura de un medicamento de la Parte D que no esté incluido en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*
 - Solicitarnos que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites de la cantidad del medicamento que usted puede adquirir)
 - Solicitar pagar un monto de distribución de costos inferior por un medicamento cubierto en un nivel de distribución de costos superior
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto y si usted cumple con todas las reglas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando su medicamento está incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro

plan, pero exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrir el medicamento en su caso).

- *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si en su farmacia le dicen que su receta no puede abastecerse como está indicado, recibirá una notificación escrita en la que se le explicará cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya ha adquirido. Se trata de una decisión sobre la cobertura relacionada con el pago.

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

En esta sección, se describe cómo solicitar una decisión sobre la cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice el siguiente cuadro para determinar qué parte contiene información sobre su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?	
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> o necesita que eliminemos la norma o restricción de un medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura). Empiece con la Sección 6.2 de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> y consideras que cumples con las normas o restricciones (por ejemplo, obtener aprobación previa) para obtener el medicamento que necesitas?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos un reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó?	Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura). Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.
¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos el medicamento de la forma en que usted desea que se cubra o pague?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que está solicitando que lo reconsideremos). Vaya a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2

¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desearía, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura. Al igual que en otros tipos de decisiones sobre la cobertura, si nuestro plan rechaza su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otro emisor de la receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que aprobemos la excepción. Luego evaluaremos su solicitud.

A continuación, se describen tres ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otro emisor de recetas pueden solicitarnos:

- 1. Que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.** (La denominamos "*Lista de Medicamentos*" para abreviar).

Términos legales La acción de solicitar cobertura de un medicamento que no está en la *Lista de Medicamentos* se denomina a veces "**excepción al formulario**".

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no está en la *Lista de Medicamentos*, tendrá que pagar el monto de participación en el costo que se aplica a todos nuestros medicamentos de marca no preferidos del Nivel 4 para medicamentos de marca o a medicamentos del Nivel 2 para medicamentos genéricos. No podrá solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

2. Eliminar una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales Solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento se denomina a veces una "**excepción al formulario**".

- Las normas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - *Exigencia de usar la versión genérica* de un medicamento en vez del medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación del plan por adelantado* antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. (Esto a veces se llama "autorización previa").
 - *Exigencia de que pruebe primero un medicamento diferente*, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted está solicitando. (Esto a veces se llama "terapia escalonada").

- *Límites de cantidad.* En el caso de algunos medicamentos existen restricciones en la cantidad del medicamento que usted puede adquirir.

- En caso de que decidamos hacer una excepción y eliminar la restricción en su caso en particular, usted puede solicitar una excepción al monto del copago o del coseguro que debe pagar por el medicamento.

3. Que modifiquemos la cobertura de un medicamento para ubicarlo en un Nivel de distribución de costos inferior. Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* se encuentra en uno de los cinco Niveles de distribución de costos. En general, cuanto más bajo es el número del Nivel de distribución de costos, menos deberá pagar como su parte del costo del medicamento.

Términos legales Solicitar pagar un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido se denomina a veces solicitar una "**excepción al Nivel de cobertura**".

- Si sus medicamentos son del Nivel 4, Medicamentos de Marca no Preferidos, puede solicitarnos cubrirlos por un monto de participación del costo más bajo aplicable a los medicamentos del Nivel 3, Medicamentos de Marca Preferidos. Esto reduciría su parte del costo del medicamento.
- Si su medicamento está en el Nivel 2, Medicamentos Genéricos, puede pedirnos que lo cubramos a un monto de distribución de costo más bajo que se aplica a medicamentos en el Nivel 1 de Medicamentos Genéricos Preferidos. Esto reduciría la parte que le corresponde pagar por el medicamento.
- No puede pedirnos que cambiemos el Nivel de participación en el costo de ningún medicamento en el Nivel 5, Medicamentos de Especialidad.

Sección 6.3

Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones

Su médico debe comunicarnos las razones médicas

Su médico u otro emisor de la receta deben enviarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las que solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información provista por su médico u otro emisor de recetas cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra *lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección determinada. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción al nivel de cobertura, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en el/los nivel(es) de distribución de costos inferior(es) no le resultaran útiles.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- En caso de que aprobemos su solicitud de excepción, la aprobación tiene por lo general validez hasta el final del año del plan. Esto regirá siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su afección.
- En caso de que rechacemos su solicitud de excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. Sección 6.5 se describe cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

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

Sección 6.4

Paso a paso: cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Solicítenos que tomemos una decisión sobre la cobertura de los medicamentos del pago que necesite. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar que tomemos una "decisión rápida de cobertura". No puede solicitarnos una decisión rápida sobre la cobertura si lo que usted desea es que le paguemos un medicamento que ya ha adquirido.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión sobre la cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para efectuar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro emisor de la receta) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando pide una decisión sobre la cobertura de su atención médica o sus medicamentos recetados de Parte D*. O, si nos solicita que le hagamos un reembolso por un medicamento, vaya a la sección titulada, *Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o del medicamento que recibió*.
- **Usted, su médico o quien actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión sobre la cobertura. En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito para que otra persona lo represente. Asimismo, puede representarlo un abogado.

- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el dinero de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 se describen las situaciones en las que es posible que necesite solicitar un reembolso. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- **En caso de que solicite una excepción, adjunte la "declaración que justifique su solicitud"**. Su médico u otro emisor de recetas deben darnos las razones médicas por las que necesita la excepción de medicamentos que está pidiendo. (La denominamos "declaración de justificación"). Su médico u otro emisor de recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o por correo si es necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación sobre la Cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales	Una "decisión rápida sobre la cobertura" se denomina " determinación expeditiva sobre la cobertura ".
-------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le brindemos una "decisión rápida sobre la cobertura"

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándares", a menos que hayamos acordado utilizar un plazo "rápido". Una decisión de cobertura estándar significa que le proporcionaremos una respuesta dentro de las 72

horas de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión rápida sobre la cobertura implica que le proporcionaremos una respuesta dentro de las 24 horas de haber recibido la declaración de su médico.

- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si está solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura cuando nos solicite el reembolso de un medicamento que ya ha adquirido).
 - Usted puede obtener una decisión rápida *únicamente* si el hecho de utilizar los plazos estándares pudiera *ocasionarle un daño grave a su salud o dañar su capacidad de mantener sus funciones*.
- **Si su médico u otro emisor de recetas nos informan que su estado de salud requiere una "decisión rápida sobre la cobertura", automáticamente accederemos a brindarle una decisión rápida.**
- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin el justificativo de su médico u otro emisor de la receta) decidiremos si su estado de salud requiere que le brindemos una decisión rápida.
 - En caso de que nuestro plan decida que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta con nuestra explicación (y utilizaremos, en cambio, los plazos estándar).
 - En esta carta le explicaremos que si su médico u otro emisor de la receta solicita una decisión rápida sobre la cobertura se la brindaremos automáticamente.
 - En la carta también le explicaremos cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Le informaremos cómo presentar un "reclamo rápido"; es decir, una respuesta a

su reclamo en un plazo de 24 horas tras recibir su reclamo. (El proceso para presentar un reclamo difiere del proceso de decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Para obtener más información acerca del procedimiento para presentar un reclamo, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Evaluamos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una "decisión rápida sobre la cobertura"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de 24 horas**.
 - Por lo general, esto significa dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas de haber recibido la declaración de su médico que justifica su solicitud. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización independiente revisará su solicitud. Más adelante en esta sección, se informa acerca de esta organización de revisión y se explica qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud,** debemos brindar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que justifique su solicitud.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una "decisión estándar sobre la cobertura" de un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **dentro de 72 horas**.
 - Por lo general, esto significa dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de su médico que justifica su solicitud. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización independiente revisará su solicitud. Más adelante en esta sección, se informa acerca de esta organización de revisión y se explica qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura** que hemos acordado brindar **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que justifique su solicitud.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una "decisión estándar sobre la cobertura" del pago de un medicamento que ya ha adquirido

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización independiente revisará su solicitud. Más adelante en esta sección, se informa acerca de

esta organización de revisión y se explica qué sucede en la Apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud,** también debemos realizar el pago dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a apelar. Presentar una apelación significa que usted nos solicita que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) la decisión que hemos tomado.

Sección 6.5

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión sobre la cobertura tomada por nuestro plan)

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

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su Apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, médico u otro emisor de la receta) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para conocer más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o

correo, o en nuestro sitio web, para fines relacionados con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.*

- **Para solicitar una apelación estándar, presente la apelación enviando una solicitud escrita.** También puede solicitar una apelación llamando al número telefónico que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1, (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.*)
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número telefónico que figura en el Capítulo 2, Sección 1,** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.*)
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación sobre la Cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión sobre la cobertura. Si no cumplió con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Los ejemplos de buenos motivos para el vencimiento del plazo pueden incluir: si ha tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en la apelación y agregar más información.**

- Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre la apelación. Se nos permite cobrarle una tarifa por fotocopiar y enviarle esta información.
- Si lo desea, usted y su médico u otro emisor de la receta pueden aportarnos información adicional para sustentar su apelación.

Términos legales Una "apelación rápida" también se denomina "**redeterminación expeditiva**".

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si usted apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no ha adquirido, usted, su médico u otro emisor de recetas deberán decidir si es necesaria una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que se aplican para obtener una "decisión rápida sobre la cobertura" en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, volveremos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Revisamos todo para ver si seguimos todas las normas en el momento en que rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted, con su médico o con su otro emisor de la receta para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le otorgamos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel

2 del proceso de apelación, en el que una Organización de Revisión Independiente revisará su apelación. Más adelante en esta sección, se informa acerca de esta organización de revisión y se explica qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud**, debemos proporcionarle la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes de ese lapso si aún no ha adquirido el medicamento y su estado de salud así lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, deberá solicitar una "apelación rápida".
 - Si no le comunicamos la decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura** que hemos acordado brindar tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero **antes de los siete días calendario** de haber recibido su apelación.
 - Si aprobamos hacerle un reembolso por un medicamento que usted ya adquirió, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su solicitud de apelación.

- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza la apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

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

Sección 6.6

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decidirá si acepta esta decisión o si continúa con otra apelación. Si decide avanzar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisará la decisión que tomamos al rechazar su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

Términos legales El nombre formal de 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, su médico u otro emisor de la receta) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviaremos incluirá las **instrucciones sobre cómo presentar una**

Apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. En estas instrucciones se explica quiénes pueden presentar una apelación en el Nivel 2, qué plazos se deben cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.

- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos a esta organización la información que tenemos acerca de su apelación. Esta información se denomina "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitar una copia del expediente de su caso.** Podemos cobrarle una tarifa por fotocopiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hará una revisión de su apelación y le dará una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones acerca de beneficios de la Parte D en nuestro plan.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

Plazos para una "apelación rápida" de Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una "apelación rápida", esta organización debe responder su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.

- **Si la Organización de Revisión Independiente dice que sí a todo o parte de lo que solicitó,** debemos proveerle la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presentó una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación en el Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta, en todo o en parte, su solicitud:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, deberemos **proporcionarle la cobertura** del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya ha adquirido, deberemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

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

Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se conoce como "confirmar la decisión". También se llama "rechazo de la apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "confirma la decisión", 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 medicamentos que está solicitando debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita es

demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación, y la decisión del Nivel 2 será definitiva. En la notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le comunicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita reúne los requisitos, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

- Existen tres Niveles adicionales en el proceso de Apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco Niveles de apelación).
- Si su apelación en el Nivel 2 es rechazada, y reúne los requisitos para continuar el proceso de apelación, deberá decidir si desea proseguir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo debe hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez de un tribunal administrativo decidirá sobre su Apelación de Nivel 3. Sección 9 en este capítulo se brindan más detalles sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7. Cómo solicitarnos cobertura para una internación en el hospital más a largo plazo si cree que el médico le quiere dar el alta demasiado pronto

Al ser admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.

Durante su internación en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que deje el hospital. También ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de dejar el hospital.

- El día que abandona el hospital se llama su "**fecha de alta**".
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se la hará saber.
- Si cree que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación más prolongada, y evaluaremos su solicitud. En esta sección, se explica cómo realizar una solicitud.

Sección 7.1

Durante la internación, recibirá una notificación escrita de Medicare que le informa sobre sus derechos

Durante su internación en el hospital cubierta, se le entregará una notificación escrita denominada *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de esta notificación cada vez que ingresan en un hospital. Alguien del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero) debe dársela dentro de los dos días después de ser admitido. Si no recibe esta notificación, solicítela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con el Servicios para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea esta notificación con cuidado y haga preguntas si no la entiende.** Le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:
 - El derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante la internación en el hospital y después de esta, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son

estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.

- El derecho a estar involucrado en cualquier decisión acerca de su internación en el hospital y a conocer quién pagará su internación.
- Dónde informar cualquier inquietud acerca de la calidad de atención del hospital.
- El derecho a apelar la decisión de darlo de alta, si cree que le están dando el alta demasiado pronto.

Términos legales	La notificación escrita de Medicare le explica cómo puede " solicitar una revisión inmediata ". Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar que se retrase la fecha del alta de modo que se cubra la atención en el hospital durante un periodo más prolongado. (La Sección 7.2 a continuación le explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).
-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- 2. Debe firmar la notificación escrita para indicar que la recibió y que entendió sus derechos.**
 - Usted o una persona en su nombre debe firmar la notificación. (En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede otorgar permiso por escrito para que otra persona lo represente).
 - Firmar la notificación demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de sus derechos. La notificación no indica la fecha de alta (su médico o personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar la notificación **no significa** que está de acuerdo con la fecha de alta.
- 3. Guarde su copia de la notificación firmada** de modo que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma la notificación más de 2 días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
- Para ver una copia de esta notificación con anticipación, puede llamar a Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También lo puede consultar en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

si la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" del alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization)?

- Esta organización consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno Federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que controle y mejore la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital de las personas que tienen Medicare.

¿Cómo se puede comunicar con esta organización?

- En la notificación escrita que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*), se le indica cómo comunicarse con esta organización. (También puede encontrar el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe rápidamente

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization) *antes* de irse del hospital y **no después de la fecha planificada para su alta**. (La "fecha planificada de alta" es la fecha que se establece para que abandone el hospital).
 - Si cumple con este plazo, le permitiremos permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar* mientras espera obtener la decisión sobre su apelación de la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 7.2

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un periodo más extenso, deberá utilizar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, sepa qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican todos los pasos de los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y de cumplir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer.
- **Solicite ayuda si lo requiere.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).
O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización del gobierno que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de Calidad revisa su apelación. Verifica

- Si *no* cumple con el plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención en el hospital que reciba después de esta fecha.

- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad por su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más información sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”

- Debe pedir a la Organización para la Mejora de la Calidad que realice una “**revisión rápida**” del alta hospitalaria. Solicitar una “revisión rápida” implica solicitar que la organización utilice plazos “rápidos” para una apelación, en lugar de utilizar plazos estándares.

Términos legales	Una “ revisión rápida ” también se llama una “ revisión inmediata ” o “ revisión expeditiva .”
-------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la 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 cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también evaluarán sus antecedentes médicos, hablarán con el médico y revisarán la información que el hospital y nosotros le hemos proporcionado.
- Para el mediodía del día posterior a que los revisores informen a nuestro plan de la apelación, también recibirá una notificación escrita en la que se le indica la fecha planificada para el alta y se le

explican los motivos por los que el médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente adecuado) que sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales	Esta explicación escrita se llama la “ Notificación detallada de alta .” Puede obtener una notificación de muestra si llama a Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html
-------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta sobre su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos continuar brindando los servicios hospitalarios con cobertura para pacientes internados mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (los deducibles o los copagos, en caso de que se apliquen). Además, es posible que haya limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que creen que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada. Si esto ocurre, **la cobertura que brindamos para los servicios**

hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día *después* de que la Organización para la Mejora de la Calidad le brinde la respuesta sobre la apelación.

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y decide permanecer en el hospital, entonces es **posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después en que la Organización para la Mejora de la Calidad le brinde una respuesta sobre la apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted tiene que decidir si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization) rechaza la apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación implica que continuará con el “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 7.3

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha del alta planeada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que reconsidere la decisión que tomó respecto de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza la Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía posterior a la fecha planificada para el alta.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Póngase en contacto nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después de que la Organización para la Mejora de la Calidad haya *rechazado* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de que finalizara la fecha de la cobertura de la atención.

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 reconsiderarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que se recibe su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió en el hospital desde el mediodía de la fecha posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazara la primera apelación. **Debemos continuar brindando la cobertura por la atención que recibe en el hospital, siempre que sea médicamente necesaria.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a su cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión tomada respecto de la Apelación de Nivel 1 y que no modificará tal decisión. Esto se conoce como "confirmar la decisión".
- En la notificación que recibe, se explican por escrito los pasos que puede seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se incluyen detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con la Apelación de Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza la Apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o si continúa con el nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del procedimiento de apelación.

Sección 7.4

¿Qué sucede si no presenta a tiempo la Apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros directamente

Como se explica en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization) para comenzar la primera apelación sobre el alta hospitalaria. ("Rápidamente" implica antes de dejar el hospital y no después de la fecha de alta planificada). Si no cumple con el plazo para contactar con esta organización, existe otra forma de presentar una apelación.

Si presenta su Apelación de esta otra forma, *los dos primeros Niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos una apelación para solicitar una "revisión rápida". La revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en vez de los plazos estándares.

Términos legales	Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina "apelación expeditiva".
-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

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

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita que respondamos utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándares".

Paso 2: Llevamos a cabo una "revisión rápida" de la fecha planificada de alta para verificar si es médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información acerca de la internación en el hospital. Verificamos si la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada. Verificamos si la decisión acerca de cuándo debería dejar el hospital fue justa y respetó todas las normas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que acordamos con usted que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta y que seguiremos brindando los servicios cubiertos, siempre que sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a su cobertura).
- **Si rechazamos la apelación rápida**, significa que creemos que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada. La cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza a partir del día en que comunicamos que finalizaba dicha cobertura.
 - Si permaneció internado en el hospital *después* de la fecha planificada de alta, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria después de dicha fecha.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se envía automáticamente al siguiente Nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas al momento de rechazar su apelación, **nuestro plan debe enviar la apelación a la "Organización de Revisión Independiente"** Cuando lo hacemos, usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de Apelación Alternativo de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se envía *automáticamente* al siguiente Nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la

decisión que tomamos cuando no aceptamos su "apelación rápida". Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

Términos legales El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se la llama "IRE."

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información para la Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas a partir de que le comunicamos el rechazo de la primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelación. En la Sección 10 de este capítulo, se explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Es una compañía elegida por Medicare para que funcione como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su Apelación del alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta la apelación**, debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria desde la fecha planificada para el alta. También debemos

continuar con la cobertura del plan de los servicios hospitalarios para pacientes internados siempre que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones en la cobertura, estas pueden limitar el monto que le reembolsaremos o el periodo que continuaremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en cuanto a que la fecha planificada para el alta hospitalaria es médicamente adecuada.
 - En la notificación escrita que obtiene de la Organización de Revisión Independiente, se explica lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo proceder a la apelación en el Nivel 3, a cargo de un juez.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

- Existen tres Niveles adicionales en el proceso de Apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco Niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar la decisión o pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo se brindan más detalles sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8. Cómo pedir que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1

Esta sección describe solo tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)

En esta sección se tratan los siguientes tipos de atención *solamente*:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado un "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).
- **La atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. En general, esto implica que recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se recupera de una operación importante. (Para obtener más información acerca de este tipo de centros, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

Una vez recibido cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos, siempre que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre los servicios de su cobertura, incluyendo su parte del costo y las limitaciones que puedan aplicarse a su cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.

Cuando decidimos que es momento de cancelar la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención, debemos comunicárselo con anticipación. Cuando se cancela la cobertura de esa atención, *dejamos de pagar su parte del costo por la atención*.

Si cree que se cancela la cobertura de la atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se describe cómo presentar una apelación.

Sección 8.2

Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura

1. **Recibirá una notificación por escrito.** Usted recibirá un aviso al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir sus servicios médicos.
 - En la notificación escrita, se indica la fecha en la que dejaremos de cubrir la atención que recibe.
 - La notificación por escrito también le informa lo que puede hacer si quiere solicitar que en nuestro plan se modifique esta decisión sobre cuándo finalizar su atención y que se le siga cubriendo esta atención por un periodo más prolongado.

Términos legales

Al explicarle lo que puede hacer, la notificación escrita le indica cómo puede solicitar una **"apelación por vía rápida"**. La solicitud de una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión sobre la cobertura que tomamos acerca de cuándo cancelar la atención que recibe. (La Sección 8.3 más adelante le indica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida). La notificación escrita se denomina **"Notificación de No Cobertura de Medicare"**. Para obtener una copia de muestra, llame al Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

2. **Debe firmar la notificación escrita para indicar que la recibió.**
 - Usted o una persona en su nombre debe firmar la notificación. (En la Sección 4 se le explica cómo puede otorgar permiso por escrito a alguna persona para que actúe como su representante.)
 - Firmar la notificación demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de cuándo terminará su cobertura. **Firmarla no implica que está de acuerdo** con el plan en que es el momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos la atención durante un periodo más extenso, deberá utilizar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, sepa qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican todos los pasos de los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y de cumplir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no cumplimos con los plazos, puede realizar un reclamo. En la Sección 10 de este capítulo, se explica cómo hacer un reclamo).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una Apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization) revisa la apelación y decide si modifica la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presentar una Apelación de Nivel 1. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization)?

- Esta organización consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas que cuentan con Medicare y revisan las decisiones del plan acerca de cuándo es el momento de cancelar la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo se puede comunicar con esta organización?

- En la notificación escrita que recibió se le indica cómo puede comunicarse con esta organización. (También puede encontrar el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación de vía rápida” (que realice una revisión independiente) para determinar si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar la apelación *antes de las doce del mediodía del día después al que recibe la notificación escrita en donde se le comunica que se cancela la cobertura de la atención que recibe.*
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad por su apelación, puede presentar la apelación directamente a nosotros. Para obtener más información sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la 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 cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con el médico y revisará la información que nuestro plan le ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, también recibirá de parte nuestra una notificación escrita en la que se le explica, en detalle, los motivos de la cancelación de la cobertura que le brindamos para los servicios que recibe.

Términos legales	Esta explicación por escrito se denomina " Notificación detallada de la no cobertura ".
-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí a su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios**.
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (los deducibles o los copagos, en caso de que se apliquen). Además, es posible que haya limitaciones en los servicios cubiertos (ver el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* la apelación, **la cobertura se cancela en el momento en que se lo comunicamos**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo los servicios de atención médica a domicilio, de un centro de enfermería especializada o de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que finaliza la cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted tiene que decidir si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta es el nivel 1 del proceso de apelación. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de la atención – puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación implica que continuará con el "Nivel 2" del proceso de apelación.

Sección 8.4

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más prolongado

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura para la atención, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que reconsidere la decisión que tomó

respecto de 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, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Póngase en contacto nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después de que la Organización para la Mejora de la Calidad haya rechazado su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continúa recibiendo atención después de la fecha de finalización de su cobertura para la atención.

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 reconsiderarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días siguientes a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** por la atención que recibe mientras sea médicamente necesario.

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de la Apelación de Nivel 1 y que no modificará tal decisión.
- En la notificación que recibe, se explican por escrito los pasos que puede seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se incluyen detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles más en el proceso de apelación además del Nivel 2, lo que hace un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión, o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- Sección 9 en este capítulo se brindan más detalles sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5

¿Qué sucede si no presenta a tiempo la Apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros directamente

Como se explica en la Sección 8.3, usted debe comunicarse rápidamente con la Organización para la Mejora de la Calidad a fin de iniciar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo).

Si no cumple con el plazo para contactar con esta organización, existe otra forma de presentar una apelación. Si presenta su Apelación de esta otra forma, *los dos primeros Niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos una apelación para solicitar una “revisión rápida”. La revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en vez de los plazos estándares.

Estos son los pasos de una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales	Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina " apelación expeditiva ".
-------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

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

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta mediante el uso de los plazos “rápidos” en vez de los plazos estándares.

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre la fecha de cese de cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, reconsideramos toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas al establecer la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.

- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo en que usted necesita servicios durante un periodo más prolongado y que continuaremos proporcionando los servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a su cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que te dijimos y no pagaremos nuestra parte de los costos después de esta fecha.
- Si mantiene los servicios de atención médica a domicilio, de atención en centros de enfermería especializada o en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura, entonces **debe pagar el total de los gastos por esa atención.**

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se envía automáticamente al siguiente Nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas al momento de rechazar su apelación, **nuestro plan debe enviar la apelación a la “Organización de Revisión Independiente”** Cuando lo hacemos, usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de Apelación **Alternativo de Nivel 2**

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se envía *automáticamente* al siguiente Nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando no aceptamos su apelación rápida. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

Términos legales El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se la llama "IRE".

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información para la Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas a partir de que le comunicamos el rechazo de la primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelación. En la Sección 10 de este capítulo, se explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Es una compañía elegida por Medicare para que funcione como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* la apelación,** debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención mientras sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones en la cobertura, estas pueden limitar el monto que le reembolsaremos o el periodo que continuaremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión de nuestro plan ante su primera apelación y no la modificarán.
 - En la notificación escrita que obtiene de la Organización de Revisión Independiente, se explica lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brinda los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

- Existen tres Niveles más en el proceso de apelación además del Nivel 2, lo que hace un total de cinco Niveles de apelación. Si los revisores rechazan la Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta la decisión o continúa con el Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo se brindan más detalles sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9. Cómo elevar su Apelación al Nivel 3 y a Niveles superiores

Sección 9.1

Niveles 3, 4 y 5 de apelación para servicios médicos

Esta sección puede ser la adecuada para usted si ha presentado una Apelación en los Niveles 1 y 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor económico del artículo o servicio médico por el cual presentó la apelación cumple con ciertos niveles mínimos, podría continuar con los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá continuar con la apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta que reciba por escrito a su apelación en el Nivel 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación en el Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Las siguientes personas y organismos están a cargo de revisar su apelación en cada uno de esos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina un "juez de derecho administrativo".

- **Si el juez de derecho administrativo acepta su apelación, el proceso *puede o no* quedar concluido.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 4. A diferencia de una decisión de nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de

los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez.

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Tal vez esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el proceso *puede o no* quedar concluido.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo no acepta su apelación, en la notificación que usted recibe se indican los pasos que debe seguir si elige continuar con la apelación.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones** estará a cargo de revisar su apelación y darle una respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo de Apelaciones rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de apelación de nivel 3, el proceso de apelación *puede o no* estar concluido.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5. A diferencia de una decisión de nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la decisión del Consejo de Apelaciones.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede o no* quedar concluido.**

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si no desea aceptar la decisión, podría continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación, en la notificación que recibe se indica si las normas le permiten continuar con una apelación en el nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en la notificación escrita también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer en adelante si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso administrativo de apelación.

Sección 9.2

Niveles 3, 4 y 5 de apelación para medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser la adecuada para usted si ha presentado una Apelación en los Niveles 1 y 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor económico del medicamento por el cual presentó la apelación cumple con ciertos montos en dólares, podría continuar con los Niveles adicionales de apelaciones. Si el monto en dólares es inferior, no podrá continuar con la apelación. En la respuesta que reciba por escrito a su Apelación en el Nivel 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una Apelación en el Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres Niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Las siguientes personas y organismos están a cargo de revisar su apelación en cada uno de esos Niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez que trabaja para el gobierno Federal

revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina un "juez de derecho administrativo".

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación queda concluido.** Lo que pidió en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez de derecho administrativo **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones expeditivas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no quedar concluido.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar hacia el siguiente Nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo no acepta su apelación, en la notificación que usted recibe se indican los pasos que debe seguir si elige continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones** estará a cargo de revisar su apelación y darle una respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación queda concluido.** Lo que pidió en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo de Apelaciones **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones expeditivas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no quedar concluido.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.

- Si no desea aceptar la decisión, podría continuar hacia el siguiente Nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en la notificación que reciba, se le indicará si según las normas usted puede avanzar hacia una Apelación en el Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en la notificación escrita también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer en adelante si decide continuar con su apelación.

es la adecuada para usted. En cambio, deberá utilizar el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1

¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de reclamos?

En esta sección, se explica cómo utilizar el proceso para presentar reclamos. El proceso de reclamos se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que usted recibe. A continuación, se describen algunos ejemplos de las clases de problemas que se resuelven mediante el proceso de reclamo.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

Cómo realizar reclamos

Sección 10. Cómo realizar reclamos sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio de atención al cliente y otras preocupaciones

Si su problema se relaciona con las decisiones sobre los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no*

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "realizar un reclamo".

Reclamo	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (lo que incluye atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información de usted que cree que debe ser confidencial?
Falta de respeto, mal Servicio de Atención al Cliente, u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguien le faltó al respeto o fue grosero con usted? ▪ ¿No está satisfecho con el trato que le brindó Servicios para Afiliados? ▪ ¿Se siente incentivado a renunciar a nuestro plan?

Reclamo	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Tiene problemas para obtener una cita o debe esperar demasiado para obtenerla? ▪ ¿Ha tenido que esperar demasiado para que lo atienda un médico, un farmacéutico u otro profesional de la salud? ¿O para que lo atienda el personal de Servicios para Afiliados u otros empleados de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> — Por ejemplo, esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen o para obtener una receta.
Higiene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Está insatisfecho con la higiene o condición de una clínica, hospital o consultorio del médico?
Información que le proporcionamos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Considera que no le hemos notificado algo que debemos notificar? ▪ ¿Considera que la información escrita que le hemos enviado es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de reclamos se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones)	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y realizar apelaciones se explica en las Secciones 4-9 de este capítulo. Si usted desea solicitar una decisión o presentar una apelación, deberá utilizar ese proceso y no el proceso de reclamos.</p> <p>Sin embargo, si usted ya ha solicitado una decisión sobre la cobertura o ha presentado una apelación y considera que no le estamos respondiendo con suficiente prontitud, puede además presentar un reclamo por nuestra tardanza. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si nos ha solicitado una "decisión rápida sobre la cobertura" o una "apelación rápida" y nuestra respuesta a dicha solicitud es negativa, puede presentar un reclamo. ▪ Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para brindar una decisión sobre la cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, usted puede presentar un reclamo. ▪ Cuando se revisa una decisión sobre la cobertura que hemos tomado y nos informan que debemos otorgarle la cobertura o el reembolso de determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si considera que no estamos cumpliendo con esos plazos, puede presentar un reclamo. ▪ Cuando no le brindamos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de derivar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo establecido, usted puede presentar un reclamo.

Sección 10.2

La manera formal de referirse a la “presentación de un reclamo” es “presentar una queja formal”

Términos legales	<p>Lo que en esta sección se denomina “reclamo” también se conoce como “queja formal.”</p> <p>Otro término para “realizar un reclamo” es “presentar una queja.”</p> <p>Otra manera de decir “usar el proceso para reclamos” es “usar el proceso para presentar una queja.”</p>
-------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Su nombre, dirección, número telefónico y número de identificación de afiliado.

Un resumen de su queja formal, cualquier contacto anterior con nosotros y una descripción de la acción que solicita. Si la queja formal es por escrito, incluya su firma o la de su representante autorizado y la fecha en que fue firmada la carta con la queja formal. Si usted, o su representante autorizado, necesita ayuda para preparar y presentar su queja formal por escrito, comuníquese con Servicios para Afiliados al número telefónico que aparece en el Capítulo 2 de este folleto.

- **Ya sea por teléfono o por escrito, debe comunicarse con Servicios para Afiliados de inmediato.** Se debe presentar el reclamo dentro de los 60 días calendario de haber tenido el problema por el que desea quejarse.
- **Si usted presenta un reclamo porque le denegamos su solicitud de "decisión rápida sobre la cobertura" o "apelación rápida", automáticamente le aceptaremos un "reclamo rápido".** Si tiene un "reclamo rápido", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Sección 10.3

Paso a paso: cómo presentar un reclamo

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

- **Por lo general, llamar a Servicios para Afiliados es el primer paso.** Servicios para Afiliados le hará saber si hay algo más que deba hacer. Puede comunicarse con nosotros llamando al 1-877-577-0115. Si utiliza un dispositivo de TTY, comuníquese al 711. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede enviar su reclamo por escrito.** Si presenta su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- **Si llama o nos envía su queja formal por escrito, debe proporcionarnos la siguiente información:**

Términos legales	<p>Lo que en esta sección se denomina “reclamo rápido” también se conoce como “queja formal expeditiva”.</p>
-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 2: Evaluamos su reclamo y le damos una respuesta.

- **De ser posible, le contestaremos de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, probablemente podamos darle una respuesta en esa misma llamada. Si su estado de salud requiere que le brindemos una respuesta rápida, así lo haremos.
- **La mayoría de los reclamos se resuelven en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted nos solicita más tiempo, disponemos de un máximo de 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su reclamo. Si decidimos demorar más días, se lo comunicaremos por escrito.

- **Si no estamos de acuerdo** con todo o con parte de su reclamo, o no asumimos responsabilidad por el problema que usted presenta, se lo haremos saber. En nuestra respuesta se incluirán nuestras razones. Debemos brindarle una respuesta, ya sea que aceptemos o no su reclamo.

Sección 10.4

También puede realizar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Usted puede presentarnos su reclamo sobre la calidad de la atención recibida mediante el proceso detallado anteriormente.

Si su reclamo es acerca de la *calidad de la atención*, usted tiene además otras dos opciones:

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization).** Si lo prefiere, puede presentar su reclamo acerca de la calidad de la atención recibida directamente a esta organización (*sin necesidad* de presentarnos su reclamo a nuestro plan).
 - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en actividad y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno Federal paga para controlar y mejorar

la atención que reciben los pacientes de Medicare.

- Puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si presenta un reclamo ante esta organización, trabajaremos en conjunto para resolver su reclamo.

- **O puede presentar su reclamo simultáneamente ante ambos.** Si lo desea, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención ante nuestro plan y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 10.5

Puede informar a Medicare sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo acerca de Simply Care (HMO SNP) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo a Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare considera sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para contribuir a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si le surge alguna otra inquietud o tiene alguna sugerencia, o si piensa que el plan no está encargándose de su problema como debería, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10

Cómo finalizar su membresía en
el plan

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

Sección 1.	Introducción	194
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en cómo terminar su membresía en nuestro plan	194
Sección 2.	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	194
Sección 2.1	Puede poner fin a su membresía en cualquier momento	194
Sección 2.2	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía?	195
Sección 3.	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	195
Sección 3.1	Generalmente, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan	195
Sección 4.	Hasta que termine su membresía, deberá continuar adquiriendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	197
Sección 4.1	Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo afiliado de nuestro plan	197
Sección 5.	Simply Care (HMO SNP) debe finalizar su membresía del plan en determinadas situaciones	197
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?	197
Sección 5.2	<i>No podemos</i> pedirle que abandone su plan por ninguna razón relacionada con su salud	198
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si ponemos fin a su membresía en nuestro plan	198

Sección 1. Introducción

Sección 1.1

Este capítulo se enfoca en cómo terminar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en nuestro plan puede ser **voluntaria** (su decisión) o **involuntaria** (decisión ajena a su voluntad):

- Podría abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
 - Puede finalizar su membresía en el plan en cualquier momento. Sección 2 le informa sobre la clase de planes en los que puede inscribirse.
 - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía dependerá de qué tipo de cobertura nueva elija. La Sección 3 le informa *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las cuales no elige dejarlo, pero sí se le solicita que cancele su membresía. En la Sección 5 se comentan las situaciones en las que debemos poner fin a su membresía.

En caso de que abandone nuestro plan, deberá seguir recibiendo atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

Sección 2. ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1

Puede poner fin a su membresía en cualquier momento

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan cualquier momento.

- **¿Cuándo puede finalizar su membresía?** Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan cualquier momento. La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solamente durante determinados momentos del año. Sin embargo, debido a que vive en un hogar de ancianos o necesita un nivel de atención que habitualmente se brinda en un hogar de ancianos, puede poner fin a su membresía en cualquier momento.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a otro plan, puede elegir entre los siguientes tipos de planes:
 - Otro Plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - – *o bien* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados Medicare por separado.
 - **Si recibe "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, deberá pagar una multa por inscripción tardía si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" es una cobertura que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

¿Qué vigencia tiene su membresía? Su membresía finalizará por lo general el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambiar su plan.

Sección 2.2

¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía?

Si tiene alguna duda o desea obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para Afiliados** (los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).
- Puede encontrar información en el manual *Medicare y Usted 2018*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* en otoño. Las personas nuevas en Medicare la reciben un mes después de haberse inscrito.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa a Medicare llamando al número que figura a continuación.
- También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 3. ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1

Generalmente, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan Medicare. Sin embargo, si usted desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se anule su inscripción en nuestro plan. Puede solicitar que se anule su inscripción en nuestro plan de dos maneras:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Afiliados si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).
- *--o bien --* puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados por un periodo continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” es una cobertura que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

En la tabla a continuación se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Otro plan de salud de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inscríbase en el nuevo plan de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se anulará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se anulará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado <ul style="list-style-type: none"> – Nota: Si cancela la suscripción en un plan de medicamentos recetados Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, quizás tenga que pagar una multa por suscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envíenos por escrito una solicitud para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Afiliados si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). ▪ También puede comunicarse con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. ▪ Se anulará su inscripción en nuestro plan cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Sección 4. Hasta que termine su membresía, deberá continuar adquiriendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1

Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo afiliado de nuestro plan

Si renuncia a nuestro plan, puede pasar cierto tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigencia la nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura).

Durante este periodo, debe continuar recibiendo su atención médica y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando las farmacias de nuestra red para obtener el abastecimiento de sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** En general, los medicamentos recetados solo se cubren si se abastecen en una farmacia de la red.
- **Si usted es hospitalizado el día en que se cancela su membresía, generalmente la internación estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (aunque le den el alta después del comienzo de su nueva cobertura médica).

Sección 5. Simply Care (HMO SNP) debe finalizar su membresía del plan en determinadas situaciones

Sección 5.1

¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Nuestro plan debe poner fin a su membresía si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Si se encuentra lejos de nuestra área de servicios durante más de seis meses.
 - Si se muda o emprende un viaje largo, debe llamar a Servicios para Afiliados para descubrir si el lugar al que se muda o viaja se encuentra dentro del área de nuestro plan. (Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto.)
- Usted no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan según se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1.
 - A los afiliados que ya no cumplan con los requisitos de elegibilidad del Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan) se les proporcionará un aviso por escrito dentro de los 10 días calendario en que el Plan se enteró de la pérdida del estatus de necesidades especiales y se anulará su inscripción involuntariamente con una notificación mínima de un mes calendario completo. Por ejemplo, si el Plan se entera que el beneficiario ya no califica para el Plan el día 10 de junio, la anulación de su inscripción entrará en vigor el día 1.º de agosto. Además, el beneficiario califica para un Periodo de Elección Especial que le permite inscribirse en otro plan de

Simply Healthcare Plans, Inc., o en otro Plan de su elección.

- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si usted no es un ciudadano estadounidense o no está admitido legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro con cobertura de medicamentos recetados que pueda tener.
- Si nos proporciona información incorrecta de manera intencional cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera inapropiada y nos dificulta la tarea de proporcionarle atención médica a usted y a otros afiliados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso.
- Si se le exige que pague el monto adicional para la Parte D debido a su ingreso anual, y usted no la paga, Medicare anulará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede llamar a **Servicios para Afiliados** para obtener más información (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 5.2

No podemos pedirle que abandone su plan por ninguna razón relacionada con su salud

No estamos autorizados a pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si piensa que le pedimos que abandone nuestro plan por razones de salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3

Tiene derecho a presentar un reclamo si ponemos fin a su membresía en nuestro plan

Si ponemos fin a su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito. También debemos explicar cómo puede presentar una queja formal o hacer un reclamo acerca de nuestra decisión de poner fin a su membresía. Puede leer el Capítulo 9, Sección 10 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

Capítulo 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Sección 1. Aviso sobre las leyes vigentes	201
Sección 2. Aviso de no discriminación	201
Sección 3. Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	201
Sección 4. Otros avisos legales	201

Sección 1. Aviso sobre las leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de Cobertura* y se pueden aplicar algunas cláusulas adicionales porque la ley lo exige. Esto puede afectar sus derechos y obligaciones, aunque las leyes no se incluyan o se expliquen en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las reglamentaciones creadas en virtud de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Asimismo, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado donde usted reside.

Sección 2. Aviso de no discriminación

No discriminamos a nadie por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, tono de piel, religión, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica. Todas las organizaciones que brindan 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 contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de la Salud Asequible como también todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplica por alguna otra razón.

Sección 3. Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones sobre los CMS en el título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, Simply Care (HMO SNP), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones de CMS en el subapartado B al D del apartado 411 del título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección sustituyen las leyes estatales.

Sección 4. Otros avisos legales

Cobro de pagos de afiliados

En determinadas circunstancias, si pagamos al proveedor de atención de la salud montos que son nuestra responsabilidad, tales como deducibles, copagos o coseguros, podemos cobrarle dichos montos directamente a usted. Usted está de acuerdo con que tenemos derecho a cobrarle dichos montos.

Cesión

Los beneficios que se brindan conforme a esta *Evidencia de Cobertura* son para beneficio personal del afiliado, por lo que no pueden transferirse ni cederse. Cualquier intento por ceder este contrato anulará automáticamente todos los derechos que aquel otorgue.

Notificación de reclamación

Usted tiene 36 meses a partir de la fecha en la que la receta fue surtida para presentar una reclamación en papel. Esto se aplica a las reclamaciones que usted presente, y no a las reclamaciones presentadas por la farmacia o el proveedor.

En caso de que se brinde un servicio por el cual le facturan, usted tendrá un máximo de 6 meses a partir de la fecha de servicio para presentar una reclamación ante el plan. Conforme a la Póliza de beneficios Pub 100-02 de CMS, Capítulo 15, Sección 40, los médicos y los profesionales deben presentar reclamos en nombre de los beneficiarios por todos los artículos y servicios para los cuales se debe hacer un pago de Medicare según la Parte B. Además, **no pueden cobrarles a los beneficiarios más allá de los límites sobre los cargos que se aplican al artículo o servicio que se está proporcionando.** Sin embargo, un médico o profesional (tal como se define en §40.4) puede abandonar Medicare. Un médico o un profesional que abandona no debe enviar reclamos en nombre de los beneficiarios y también está excluido de los límites sobre los cargos por los servicios cubiertos por Medicare.

Debe presentar la reclamación ante:

Simply Healthcare Plans - Member Services
Department
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174-3460

Contrato completo

Esta *Evidencia de Cobertura* y sus correspondientes modificaciones, que se adjuntan a la presente, junto con su formulario de inscripción completo, constituyen el contrato completo entre las partes con vigencia a partir del día de la fecha y reemplaza a todos los demás contratos entre las partes.

Renuncia de los agentes

Ningún agente ni ninguna otra persona, excepto que sea director ejecutivo de Simply Healthcare, podrá renunciar a las condiciones o restricciones de esta *Evidencia de Cobertura* o del "Cuadro de beneficios médicos" en el Capítulo 4.

Los cambios que se realicen en esta *Evidencia de Cobertura* no serán válidos a menos que consten en una cláusula o en una enmienda firmadas por un directivo autorizado por la compañía.

Cese de las operaciones

En caso del cese de las operaciones o de la disolución de su plan en el área en la que usted reside, esta *Evidencia de Cobertura* finalizará. Recibirá un aviso 90 días antes de que la *Evidencia de Cobertura* finalice.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si la Evidencia de Cobertura *finaliza*, su cobertura también lo hará.

En ese caso, la compañía le explicará las opciones que tendrá disponibles en ese momento. Por ejemplo, es posible que haya otros planes de salud en el área en los que pueda inscribirse, si lo desea. O quizá quiera volver a Original Medicare y obtener un seguro suplementario. En este último caso, Simply Healthcare organizará todo para que usted obtenga, sin exámenes de salud ni periodos de espera, una póliza de seguro suplementaria para cubrir el coseguro y los deducibles de Medicare.

Ya sea que se inscriba en otro plan de salud de prepago o no, no tendría una Etapa sin cobertura.

Rechazo del tratamiento

Es posible que usted, ya sea por razones personales o religiosas, rechace los procedimientos y los tratamientos que su médico de atención primaria le recomendó como necesarios. Si bien tiene derecho a rechazarlos, en algunas situaciones puede ser una barrera para que la relación proveedor/paciente continúe o para que se brinde el nivel de atención adecuado.

Cuando un afiliado rechaza un tratamiento o procedimiento recomendado como necesario, y el médico de atención primaria considera que no hay una alternativa profesionalmente aceptable, se informará de esto al afiliado.

En caso de que usted deje el centro por decisión propia haciendo caso omiso a la recomendación del médico, su plan pagará los servicios cubiertos brindados hasta el día en que haya dejado el centro. Las tarifas de la admisión se pagarán por día o por grupo relacionado de diagnóstico (Diagnostic Related Grouping, DRG), según corresponda.

Limitación de acciones

No se podrán entablar acciones legales para recuperar beneficios dentro de los 60 días de haberse brindado el servicio. No se podrá entablar tal acción después de los tres años posteriores a que se proveyó el servicio sobre el cual se entabló la acción legal.

Circunstancias ajenas al plan

En caso de epidemia, catástrofe, emergencia general u otra circunstancia ajena a la compañía, el plan y el proveedor no serán responsables, excepto en los siguientes casos, como consecuencia de la demora razonable en la prestación de los servicios:

- Dada la situación, es posible que deba obtener servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red en lugar de hacerlo de un proveedor de la red. Su plan le reembolsará como máximo el monto por el cual usted habría estado cubierto según esta *Evidencia de Cobertura*.
- Es posible que su plan les exija declaraciones escritas a usted y al personal médico que lo atendió para confirmar su enfermedad o lesión, y que el tratamiento que recibió era necesario.

Criterio exclusivo del plan

A su exclusivo criterio, el plan puede cubrir servicios y suministros que no estén específicamente cubiertos por la *Evidencia de Cobertura*.

Esto se aplicará en caso de que el plan determine que dichos servicios y suministros reemplazarán a otros servicios y suministros más caros que habrían sido requeridos para la atención y el tratamiento del afiliado.

Divulgación

Usted tiene derecho a pedir la siguiente información de su plan:

- Información sobre los planes de incentivo para médicos que ofrece su plan.
- Información sobre los procedimientos que su plan utiliza para controlar el uso de los servicios y los gastos.

- Información sobre la situación financiera de la empresa.
- Información general sobre la cobertura e información comparativa sobre el plan.

Para obtener esta información, comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-877-577-0115, o, si tiene discapacidad auditiva o del habla, y tiene una línea telefónica TTY, al 711. El departamento de Servicios para Afiliados está disponible de las 8 a. m. hasta las 8 p. m. (hora del este), los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes de las 8 a. m. hasta las 8 p. m. (hora del este) desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre. El plan le enviará la información dentro de los 30 días posteriores a su solicitud.

Información acerca de las instrucciones anticipadas

(Información sobre la utilización de un formulario legal como un "testamento en vida" o un "poder de representación" para dar instrucciones por anticipado acerca de su atención médica en caso de que usted no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones).

Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre la atención médica. *Pero ¿qué sucede si un accidente o una enfermedad grave hacen que no pueda tomar decisiones usted mismo?*

Si esto sucede:

- Es posible que desee que una persona determinada en la que confía tome estas decisiones por usted.
- Es posible que quiera informar a los proveedores de atención de la salud los tipos de atención médica que le *gustaría* y *no le gustaría* recibir, si fuera incapaz de tomar decisiones usted mismo.
- Es posible que quiera hacer ambas cosas: designar a alguien para que tome decisiones por usted y, además, informar a esta persona y a sus proveedores de atención de la salud los tipos de atención médica que le gustaría recibir si fuese incapaz de tomar decisiones usted mismo.

Si lo desea, puede completar y firmar un formulario especial para informarle al resto cómo desea que

procedan en caso de que no esté en condiciones de tomar decisiones de atención médica usted mismo. Este formulario es un documento legal. A veces se lo denomina "instrucción anticipada" porque le permite dar instrucciones por anticipado sobre cómo desea que procedan en caso de que no esté en condiciones de tomar decisiones de atención médica usted mismo.

Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes denominaciones, que dependen del estado o del área local. Por ejemplo, los documentos denominados "testamento vital" y "poder de representación para atención médica" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Usted elige si completar una instrucción anticipada o no. La ley prohíbe cualquier tipo de discriminación en su contra cuando usted recibe atención médica por haber o no firmado una instrucción anticipada.

¿Cómo puede usar un formulario legal para dar instrucciones por adelantado?

Si decide proporcionar instrucciones anticipadas, puede obtener el formulario legal de diferentes maneras. Puede solicitar el formulario a su abogado, a un asistente social o en algunas librerías comerciales. A veces, las organizaciones que brindan información sobre Medicare pueden otorgarle los formularios para instrucciones anticipadas, como su SHIP (que significa Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud). Capítulo 2 de este folleto se informa cómo comunicarse con su SHIP. Los SHIP tienen diferentes denominaciones, según el estado en el que se encuentre.

Sin importar en dónde obtenga el formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Es aconsejable que le pida a un abogado que lo ayude a completarlo. Es importante que firme este formulario y guarde una copia en su domicilio. Debería entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que usted designe en el formulario para tomar decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo.

También puede entregarle copias a sus familiares o amigos cercanos. En caso de que sepa de antemano que deberá ser hospitalizado, lleve una copia consigo al hospital.

Si lo hospitalizan, le preguntarán acerca de las instrucciones anticipadas

Si usted queda internado en el hospital, le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene a mano. Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted elige si firmarlo o no. Si decide no firmar un formulario de instrucción anticipada, no se le negará la atención ni se le discriminará cuando lo atiendan.

¿Qué sucede si los proveedores no siguen las instrucciones que usted ha dado?

Si considera que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones que usted ha dado por anticipado, puede realizar un reclamo ante el Departamento de Salud de su estado.

Continuidad y coordinación de la atención

Simply Healthcare ha establecido políticas y procedimientos para promover la coordinación y la continuidad de la atención médica para nuestros afiliados. Esto incluye el intercambio de información confidencial entre los médicos de atención primaria y los especialistas, así como con los proveedores de servicios de salud del comportamiento. Además, Simply Healthcare ayuda a coordinar la atención con los profesionales cuando el contrato de estos queda sin efecto y trabaja para que la transición a un nuevo profesional sea fluida.

Subrogación y reembolso

Estas disposiciones se aplican cuando pagamos por beneficios como resultado de lesiones o enfermedades que tuvo y tiene derecho a una recuperación o a haber recibido una recuperación. Tenemos el derecho a recuperar los pagos que hacemos en su nombre, o a iniciar acciones legales contra la parte responsable de compensarlo por sus lesiones. También tenemos derecho a que nos devuelvan el dinero por el importe de beneficios que pagamos en su nombre. Se aplica lo siguiente:

- El importe de recuperación se calculará conforme a 42 C.F.R. 411.37, y conforme a 42 C.F.R. 422.108(f), no deberán aplicarse leyes estatales a nuestros derechos de subrogación y reembolso.
- Nuestros derechos de subrogación y reembolso deberán tener prioridad, y pagarse antes de que se pague cualquier otro reclamo suyo. Nuestros derechos de subrogación y reembolso no se verán afectados, reducidos o eliminados por la doctrina “integral” o cualquier otra doctrina equitativa.
- Debe notificarnos oportunamente acerca de cómo, cuándo y dónde ha ocurrido un accidente o incidente que le haya causado lesiones personales o enfermedad y toda la información sobre las partes involucradas, y debe notificarnos oportunamente si tiene un abogado relacionado con dicho accidente o incidente. Usted y su representante legal deben colaborar con nosotros, hacer lo que sea necesario para permitirnos ejercer nuestros derechos y no hacer nada para perjudicar nuestros derechos.
- Si no nos paga, tendremos derecho a deducir cualquier parte del monto no pagado de beneficios que hemos pagado o el monto de su recuperación,

el monto que sea menor, de cualquier beneficio futuro según el plan.

Emergencias relacionadas con el presidente o el gobernador

En el caso de que se declare una emergencia relacionada con el Presidente o el Gobernador o de una catástrofe importante, o de que la Secretaría de Salud y Servicios Humanos anuncie una emergencia de salud pública, su plan hará las siguientes excepciones para garantizar que reciba la atención adecuada en tales circunstancias:

- aprobar la prestación de servicios en centros no contratados especificados considerados centros certificados por Medicare;
- reducir temporalmente la distribución de costos para los servicios fuera de la red aprobados por el plan a los montos de distribución de costos dentro de la red; y
- renunciar por completo a los requisitos para una remisión de un médico de atención primaria según corresponda.

En general, la fuente que haya declarado la catástrofe anunciará cuándo la catástrofe o emergencia hayan finalizado. Si, no obstante, el plazo de la catástrofe o emergencia no finaliza dentro de los 30 días tras la declaración inicial, y si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no indican una fecha de finalización de dicha catástrofe o emergencia, su plan reanudará la actividad normal después de los 30 días desde la declaración inicial.

Cuando se declara una catástrofe o emergencia, afecta específicamente a una región geográfica (por ejemplo, condado). Su plan aplicará las excepciones anteriores solo si usted reside en la región geográfica indicada.

Capítulo 12

Definiciones de palabras
importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Afiliado (afiliado de nuestro plan o afiliado del plan): Persona con Medicare, que es elegible para recibir los servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, Centers for Medicare & Medicaid Services).

Anular la inscripción o anulación de la inscripción: Proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La anulación de la inscripción puede ser voluntaria (su decisión) o involuntaria (decisión ajena a su voluntad).

Apelación: Una apelación es algo que presentas si no estás de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de servicios de atención médica, de medicamentos recetados, el pago de servicios o medicamentos que ya recibiste. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede presentar una apelación si no pagamos un medicamento, un artículo o un servicio que, en su opinión, debería recibir. Capítulo 9 se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Área de servicios: Un área geográfica en la que un plan de salud acepta a afiliados si esta limita las membresías sobre la base de dónde viven las personas. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, por lo general, también es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede anular su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicios del plan.

Asistente de salud a domicilio: Un asistente de salud a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda con la atención personal (por ejemplo, bañarse, utilizar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios recetados). Los asistentes de atención médica

a domicilio no tienen autorización para brindar servicios de enfermería ni terapia.

Atención de custodia: Es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, un centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica o cuidado de enfermería especializado. La atención de custodia es el cuidado personal que puede ser brindado por personas que no tienen capacitación profesional que, por ejemplo, ayudan a realizar las tareas de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, sentarse y pararse de una silla, acostarse y levantarse de la cama, movilizarse y utilizar el baño. También puede incluir el cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realiza por su cuenta, por ejemplo, colocarse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación recibida de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o un médico.

Atención médica a domicilio: Atención de enfermería especializada y otros servicios de atención médica particulares que se le brindan en el hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se enumeran en el Capítulo 4 bajo el encabezado, "Agencia de atención médica a domicilio". Si requiere de servicios de atención médica a domicilio, nuestro plan le cubre estos servicios,

siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura de Medicare. La atención médica a domicilio puede incluir servicios de un asistente para atención médica a domicilio si los servicios son parte de un plan de atención médica a domicilio para su enfermedad o lesión. No tienen cobertura a menos que también tenga cobertura por un servicio especializado. Los servicios de atención médica a domicilio no incluyen servicios de limpieza, preparativos de servicio de alimentos o atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.

Atención para pacientes terminales: Un afiliado que tiene seis meses o menos de vida tiene derecho a elegir atención en un centro para pacientes terminales. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de los centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige recibir atención en un centro para enfermos terminales y sigue pagando las primas seguirá siendo afiliado de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. Los centros para enfermos terminales proveerán tratamientos especiales para su estado.

Autorización previa: La aprobación anticipada para obtener determinados medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red se cubren únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos para los cuales se requiere una autorización previa se indican en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red recibe nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa aparecen en el formulario con una marca.

Ayuda Extra (Extra Help): Programa de Medicare cuyo fin es ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, por ejemplo, primas, deducibles y coseguros.

Centro de cirugía ambulatoria: Se trata de una entidad que trabaja exclusivamente para brindar

servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesitan ser hospitalizados y cuya estadía en el centro no se espera que supere las 24 horas.

Centro de Diálisis Independiente: Un centro independiente que proporciona diálisis en forma ambulatoria. Este tipo de centro no proporciona servicios de habitación y comida para pacientes internados y está certificado y autorizado por las autoridades correspondientes de Medicare.

Centro de Radiología (Diagnóstico por imágenes) Independiente: Un centro independiente que provee uno o más de los siguientes servicios de forma ambulatoria para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de una lesión o enfermedad: radiografías; medicina nuclear; oncología con radiación. Este tipo de centro no proporciona servicios de habitación y comida para pacientes internados y está certificado y autorizado por las autoridades correspondientes de Medicare.

Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): Centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que presta diversos servicios, entre los que se incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): La agencia federal que administra Medicare. Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: La cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando reúnen los requisitos para participar en Medicare, en general, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): Seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados de pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que Medicare Parte A o B no cubre.

Copago: Un monto que quizá deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, quizá deba pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Coseguro: Un monto que quizá deba pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

Deducible: El monto que usted debe pagar por la atención médica o las recetas antes de que el plan comience a pagar su parte.

Determinación de la organización: La organización Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto usted tiene que pagar para obtener artículos o servicios cubiertos. En este folleto, las determinaciones de la organización se denominan "decisiones sobre la cobertura". Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

Determinación sobre la cobertura: Decisión sobre si el plan cubre un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que el afiliado debe pagar por la receta. Generalmente, si usted lleva la receta a una farmacia y esta le informa que nuestro plan no cubre la receta, eso no es una determinación sobre la cobertura. Usted debe llamar o escribir al plan para solicitar la decisión formal sobre la cobertura. En este folleto, una determinación sobre la cobertura se denomina "decisiones sobre la cobertura". Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

Dispositivo protésico y aparatos ortopédicos: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos

cubiertos incluyen, pero no se limitan a, aparatos ortopédicos de brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte del cuerpo o función interna, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Distribución de costos estándar: Distribución de costos estándar es la distribución de costos distinta de la distribución de costos preferidos ofrecida en una farmacia dentro de la red.

Distribución de costos preferidos: Distribución de costos preferidos se refiere a una menor distribución de costos para los medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Distribución de costos: Distribución de costos se refiere a los montos que un afiliado debe pagar cuando recibe medicamentos o servicios. (Esto se suma a la prima mensual del plan). La distribución de costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) deducibles que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; 2) sumas de "copagos" fijas que un plan exige cuando se reciben medicamentos o servicios específicos; o 3) sumas de "coseguros", un porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que un plan exige cuando se reciben medicamentos o servicios específicos. Una "tarifa diaria de distribución de costos" puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago.

Emergencia: Estamos ante una emergencia médica cuando usted o una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato a fin de prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): Determinado equipo médico indicado por su médico por razones médicas. Los

ejemplos incluyen artículos como andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabetes, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapas de cobertura en caso de catástrofe: El periodo en el Beneficio de Medicamentos de la Parte D en el que usted paga un copago o coseguro bajo para los medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$5,000 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapas de cobertura inicial: Es la etapa anterior al momento en que sus gastos totales de medicamentos y lo que su plan ha pagado en su nombre en el año han alcanzado los \$3,750.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: Es este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, modificaciones u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como afiliado de nuestro plan.

Excepción: Tipo de determinación sobre la cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido al nivel de distribución de costos inferior (una excepción al nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (excepción al formulario).

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es aquella donde los afiliados de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen contratos con nuestro plan. En la mayoría de los casos, las recetas se cubren únicamente si se abastecen en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Como se explica en esta *Evidencia de Cobertura*, nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted recibe de las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Formulario: Una lista de medicamentos cubiertos que el plan proporciona.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de "distribución de costos" más arriba. El requisito de distribución de costos del afiliado, por el cual debe pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibe, también se denomina requisito de "gastos de bolsillo" del afiliado.

Indicación medicamento aceptada: Se refiere a que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación medicamento aceptada.

Ingresos de seguridad suplementaria (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que padecen discapacidades, ceguera o que tienen 65 años o más. Los beneficios de los SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social (Social Security).

Internación en el hospital: La estadía en un hospital cuando usted ha sido formalmente admitido en hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si se queda en el hospital durante una noche, quizás todavía se lo considere "paciente ambulatorio".

Límite de cobertura inicial: Límite máximo de la cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: Una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse

a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un periodo definido.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si cumple los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica y que cumplan con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: Es un medicamento recetado que fabrica y vende la empresa farmacéutica que originalmente realizó la investigación y lo desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos fabrican y venden los medicamentos genéricos que, en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: Medicamento recetado que aprueba la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Un medicamento "genérico" funciona del mismo modo que un medicamento de marca y por lo general es menos costoso.

Medicamentos cubiertos: Término que utilizamos para describir a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte en el formulario los medicamentos cubiertos específicos). El Congreso excluyó la cobertura de determinadas categorías como medicamentos de la Parte D.

Medicare: El programa de seguros de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores que 65 años de edad con ciertas discapacidades, y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñones). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE, o del plan Medicare Advantage.

Monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos (Income-Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): Si su ingreso anual supera un cierto límite, pagará un monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos además de la prima. Por ejemplo, las personas con ingresos superiores a \$85,000 y parejas casadas con ingresos superiores a \$170,000 deben pagar un monto superior de la prima por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte B (seguro médico) y Medicare. Este monto adicional se denomina monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos. Esto afecta a menos del 5 % de las personas con Medicare, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Monto máximo de gastos de bolsillo: Es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y B. Los montos que paga por las primas de su plan, Medicare Parte A y Parte B, y los medicamentos recetados no se aplican al cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 "*¿Cuál es el monto máximo que pagará por la Parte A y la Parte B de los servicios médicos cubiertos de Medicare?*" para obtener más información sobre el monto máximo de gastos de bolsillo.

Monto Permitido: El monto que puede pagarse al médico o proveedor que acepta la cesión. Puede ser menos que el monto que un doctor o proveedor realmente cobra. Es el monto máximo que paga Medicare por un servicio o artículo, menos cualquier costo de distribución del beneficiario.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Monto que se agrega a la prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si carece de cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más. Usted paga esta suma más alta mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, usted no pagará multa por inscripción tardía.

Nivel de distribución de costos: Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* se incluye en uno de los cinco niveles de distribución de costos. Generalmente, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento.

Observación: Estadía en el hospital menor a 24 horas si cumple con lo siguiente: 1) no ha sido admitido como paciente registrado que ocupa una cama; 2) se encuentra detenido físicamente en una sala de emergencia, sala de tratamiento, sala de observación u otra área similar; o 3) está bajo observación para definir si se requiere una admisión como paciente internado.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO): Un tipo de plan de atención gestionado por Medicare en el que un grupo de doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica acuerdan brindar atención médica a los beneficiarios de Medicare por un monto fijo pagado por Medicare mensualmente. Por lo general, deberá obtener la atención de parte de los proveedores del plan.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): Grupo de médicos en actividad y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con la Organización para la Mejora de

la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) de su estado.

Original Medicare (plan "Medicare tradicional" o plan de Medicare de "tarifa por servicio"): Es el gobierno, y no los planes de salud privados como los planes de salud Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados, quien ofrece Original Medicare. Original Medicare cubre los servicios de Medicare pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención de la salud las sumas que establece el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de la salud que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte de la suma aprobada por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare consta de dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Parte C: Consulte "Plan Medicare Advantage (MA)"

Parte D: Programa voluntario de beneficios para medicamentos recetados de Medicare. (Para facilitar la comprensión, llamamos Parte D al programa de beneficios de medicamentos recetados).

Periodo anual de anulación de la inscripción de Medicare Advantage: Periodo que se establece todos los años durante el que los afiliados de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiarse a Original Medicare. Este periodo comienza el 1.º de enero y finaliza el 14 de febrero de 2018.

Periodo de beneficios: La forma que utiliza nuestro plan y Original Medicare para determinar los servicios que recibe en un hospital y un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en el que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada después de la finalización de un periodo de beneficios, se inicia un

nuevo periodo de beneficios. La cantidad de periodos de beneficios es ilimitada.

Periodo de inscripción anual: Periodo que se establece cada otoño durante el cual los afiliados pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare. El Periodo de Inscripción Anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Periodo especial de inscripción: Periodo establecido durante el cual los afiliados pueden cambiarse de plan de salud o de medicamentos o volver a Original Medicare. A continuación se incluyen las situaciones en que puede reunirse los requisitos para un periodo de inscripción especial: si se muda fuera del área de servicios, si obtiene Ayuda Extra ("Extra Help") para sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si infringimos nuestro contrato con usted.

Periodo inicial de inscripción: Es el periodo durante el cual puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B una vez que es elegible para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo inicial de inscripción es el periodo de siete meses que comienza tres meses antes del mes en el que usted cumpla 65 años, que incluye el mes en el que cumple 65 años y termina tres meses después del mes en el que cumpla 65.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, Preferred Provider Organization): Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los afiliados del plan a cambio de un pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. La distribución de costos, por lo general, es más alta para el afiliado cuando recibe los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO ponen un límite anual a sus costos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto a sus costos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle los beneficios de Medicare Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, planes de Costos de Medicare, Programas de demostración o piloto y Programas de atención integral para adultos mayores (Programas of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan institucional equivalente para necesidades especiales (SNP): En el mismo se inscriben personas que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de atención institucional basado en el asesoramiento del estado. La evaluación debe realizarse usando el mismo nivel de estado de la herramienta de evaluación de la atención y la debe administrar una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Es posible que este tipo de plan para necesidades especiales limite la inscripción a personas que residen en una institución con servicios de ayuda (Assisted Living Facility, ALF) si fuera necesario asegurar la provisión constante de atención especializada.

Plan institucional para necesidades especiales (SNP): Un plan especial en el que se inscriben personas que residen en forma continua o esperan residir durante 90 días o más, en un centro de cuidados a largo plazo. Estos centros de atención a largo plazo (LTC) pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF); un centro de enfermería (NF); un SNF/NF; un centro de cuidados intermediarios para discapacitados mentales (ICF/MR); o un centro de atención psiquiátrica para pacientes internados. Un plan para necesidades especiales para atender a los residentes de Medicare en centros de LTC debe tener una relación contractual con (o poseer y operar) los centros de LTC específicos.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado Medicare Parte C. Plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveerle de todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. El plan de Medicare Advantage puede ser una Organización para el Mantenimiento de la Salud

(Health Maintenance Organization, HMO), una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un plan privado de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (Medical Savings Account, MSA). Cuando está inscrito en un plan de Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan de acuerdo con Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Las personas que tienen Medicare Parte A y Parte B reúnen los requisitos para participar en cualquier plan de salud Medicare que se ofrezca en su área, excepto las que padecen enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen determinadas excepciones).

Plan PACE: Un Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina los servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para aquellos en estado frágil, ayudándoles a seguir siendo independientes y a vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) por el mayor tiempo posible, mientras obtienen la atención de calidad que necesitan. Las personas que están inscritas en el programa PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como de Medicaid a lo largo del plan.

Plan para necesidades especiales: Un plan especial de Medicare Advantage que brinda atención médica especial para ciertas personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en un hogar de ancianos o las que tienen alguna afección médica crónica.

Póliza Medigap (Seguro complementario Medicare): Seguro complementario Medicare vendido por las compañías de seguro privadas para cubrir "interrupciones" en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo pueden utilizarse con Original Medicare. (El plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: Pago periódico que se realiza a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica, por la cobertura médica o de medicamentos recetados.

Programa de descuentos durante la etapa sin cobertura: Una programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los afiliados en la Parte D que alcanzaron la etapa sin cobertura y que todavía no reciben "Ayuda Extra" (Extra Help). Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por esto la mayoría de los medicamentos de marca tienen un descuento.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general que usamos para referirnos a los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Se denominan "**proveedores de la red**" cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red según los contratos que tiene con ellos, o, si los proveedores aceptan proporcionarle los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores de la red también pueden mencionarse como "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Proveedor o centro con el cual no tenemos un contrato para coordinar o proporcionar los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados ni administrados por nuestro plan, ni pertenecen a este, o que no tienen un contrato para prestar los servicios cubiertos. El uso de los proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): El proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud.

Este se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Puede hablar con otros médicos y proveedores de atención de la salud sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor para la atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener más información sobre los proveedores de atención primaria.

Queja formal: Un tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, incluye una queja con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no incluye las disputas por motivos de cobertura o pago.

Reclamo: El nombre formal para "realizar un reclamo" es "presentar una queja formal". El proceso de reclamos se utiliza para determinados tipos de problemas *únicamente*. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que usted recibe. Consulte también "Queja Formal" en esta lista de definiciones.

Saldo de facturación: Ocurre cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le cobra a un paciente un monto más alto que el monto de distribución de costos permitido del plan. Como afiliado del plan, usted solo debe pagar los montos de distribución de costos de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No les permitimos a los proveedores facturar un saldo o de otro modo cobrarle más que el monto de distribución de costos que su plan indica que debe pagar.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que son cubiertos por Medicare Parte A y B.

Servicios cubiertos: Término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios para Afiliados: Es un departamento de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para Afiliados.

Servicios urgentemente necesarios: Los servicios urgentemente necesarios es una situación que no es de emergencia en la cual usted necesita atención médica de inmediato debido a una enfermedad, una lesión o una afección inesperadas o imprevistas. Los servicios urgentemente necesarios pueden brindarlos los proveedores de la red o los proveedores fuera de la red cuando los primeros no están disponibles o usted no puede acceder a ellos temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte "Ayuda Extra" (*Extra Help*).

Tarifa de preparación: Una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de abastecer una receta. La comisión del farmacéutico se utiliza para cubrir los costos de, por ejemplo, el tiempo que dedicó el farmacéutico a preparar y embalar el medicamento.

Tarifa diaria de distribución de costos: Puede aplicarse una "tarifa diaria de distribución de costos" cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tasa diaria de distribución de costos es el copago dividido por la cantidad de días en un suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su "tarifa diaria de distribución de costos" es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por el suministro de cada día cuando se abastece su receta.

Terapia escalonada: Una herramienta que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar

su afección antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó en un primer momento.

Simply Healthcare Plans, Inc. es un plan de atención coordinada contratado por Medicare que tiene contrato de Medicaid con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida con el objetivo de brindar beneficios o de coordinar beneficios para sus inscritos. La inscripción en Simply Healthcare Plans, Inc. depende de la renovación del contrato.

Simply Care (HMO SNP) Servicios para Afiliados – Información de contacto

Llame al: 1-877-577-0115. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

Servicios para Afiliados ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711. Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este), los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del este).

Fax: 1-877-577-0114

Escriba a: Simply Healthcare Plans Servicios para Afiliados
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174-3460

Sitio web: www.mysimplymedicare.com

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) (Florida Programa SHIP)

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) son programas estatales que obtienen dinero del Gobierno Federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) – información de contacto

Llame al: 1-800-963-5337

TTY: 1-800-955-8770

Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.

Escriba a: Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)
4040 Esplanade Way
Suite 270
Tallahassee, FL 32399-7000

Sitio web: <http://www.floridashine.org>

Declaración de divulgación PRA Conforme a la Ley de Reducción de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, salvo que exhiba un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.