



Evidencia de Cobertura

Simply Complete (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



simplycomplete (HMO SNP)

EOC_67473FLSSPSHP_129
Y0114_18_31705_U_SP_129_EOC CMS Accepted

H5471 050 000 FL

Es importante que le tratemos de forma justa

Por eso cumplimos con las leyes sobre derechos civiles en nuestros programas y actividades de salud. No discriminamos, excluimos a las personas ni las tratamos diferente por su raza, color, origen, sexo, edad o discapacidad. Ofrecemos recursos y servicios gratis para personas con alguna discapacidad. Si el inglés no es su lengua materna, le ofrecemos ayuda gratis en otros idiomas a través del servicio de intérpretes e información traducida. ¿Está interesado en estos servicios? Llame a Servicios al Afiliado para recibir ayuda (TTY: 711).

Si cree que no hemos cumplido en ofrecerle estos servicios o se ha sentido discriminado por su raza, color, origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación o queja formal. Puede presentar una reclamación a nuestro Departamento de Quejas y Apelaciones, por correo postal a 9250 W. Flagler Street, Suite 600; Miami, FL 33174-3460. O puede presentar una reclamación a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. en 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 o llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1- 800-537-7697) o en la página web <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de reclamación están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Consiga ayuda en su idioma

Aparte de nuestro programa de ayuda en otros idiomas, preparamos documentos que están disponibles en otros formatos para afiliados con problemas de visión. Si necesita una copia de este documento en otro formato, llame al número de Servicios al Afiliado que encontrará en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

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 Complete (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 Complete (HMO SNP), es ofrecido por Simply Healthcare Plans. (En esta Evidencia de Cobertura, "nosotros", "nos" o "nuestro" significa Simply Healthcare. Cuando se dice "plan" o "nuestro plan", significa Simply Complete (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 nuestro número de Servicio 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 siete 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 podría estar disponible en otros formatos como Braille, textos con letras grandes u otros formatos. Si desea obtener más información, llame al Servicio para Afiliados al 1-877-577-0115.

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. Se brinda información acerca de los materiales que le enviaremos, de la prima de su plan, de la tarjeta de membresía de su plan y de cómo se mantiene actualizada su membresía.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 18

Le informa qué debe hacer para comunicarse con nuestro plan (Simply Complete (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. Utilice la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos 31

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 (qué está cubierto) 45

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.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D 94

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 .. 113

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 una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos 129

Se explica cuándo y cómo debe enviarnos una factura si desea que le reembolsemos el costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 136

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) 151

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 198

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 205

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

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 212

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 inscrito en Simply Complete (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>	8
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?	9
Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?	9
Sección 2.4 Esta es el área de servicios de nuestro plan	9
Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o residente legal	10
Sección 3. ¿Qué otro material obtendrá de nosotros?	10
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan - Úsela para recibir toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos	10
Sección 3.2 El <i>Directorio de Proveedores/Farmacias</i> : Su guía para todos los proveedores en la red de nuestro plan	11
Sección 3.3 El <i>Directorio de Proveedores/Farmacias</i> : Su guía de las farmacias de nuestra red	11
Sección 3.4 La <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> del plan (<i>Formulario</i>)	12
Sección 3.5 La <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (<i>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 del plan	12
Sección 4.1 ¿Cuánto paga por la prima del plan?	12
Sección 4.2 Si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, puede hacerlo de varias formas.	14
Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?	14
Sección 5. Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan	15
Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted	15

Sección 6. Protegemos la privacidad de su información personal de salud 16

 Sección 6.1 Nos aseguramos de proteger su información personal de salud 16

Sección 7. Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 16

 Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 16

Sección 1. Introducción

Sección 1.1

Usted está inscrito en Simply Complete (HMO SNP), que se trata de un plan de Medicare Advantage especializado (Plan para necesidades especiales)

Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros médicos para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas que tienen Medicaid reciben asistencia para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también tienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted eligió obtener su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, Simply Complete (HMO SNP).

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Simply Complete (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 Complete (HMO SNP) está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a obtener asistencia de Medicaid.

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 obtener más información.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid, con su distribución de costos de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros) posiblemente no deba pagar por sus servicios de cuidado de la salud de Medicare. Medicaid también presta otros servicios al cubrir servicios de atención médica que por lo general no tienen cobertura de Medicare. Su cobertura bajo Florida Medicaid le ofrece cobertura para las primas, los deducibles y la distribución de costos de Medicare que se aplican a los servicios de Medicare y para beneficios adicionales de Medicaid en virtud de las directrices del estado. También puede recibir "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Simply Complete (HMO SNP) lo ayudará a administrar todos estos beneficios para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pagos que merece.

Simply Complete (HMO SNP) está administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes de salud de Medicare Advantage, este plan para necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Este plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios Medicaid. Nos alegra brindarle su cobertura de atención médica de Medicare y Medicaid, lo cual incluye su cobertura de medicamentos recetados.

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

responsabilidades, cuáles son los servicios cubiertos y qué 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 Afiliados de nuestro plan (los números de teléfono 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 Complete (HMO SNP) después del 31 de diciembre de 2018. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2018.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare, [Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS]) y Florida Medicaid deben aprobar nuestro plan todos los años. Puede continuar con su cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan durante el año 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 cuenta con Medicare Parte A y B (La Sección 2.2 explica sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B)
- Y usted viva en el área geográfica de servicios (la Sección 2.4 describe el área de servicios).
- Y usted sea un ciudadano estadounidense o esté admitido legalmente en los Estados Unidos.
- Y no padezca una enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), con excepciones limitadas, como por ejemplo si contrae 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 de aquellas personas que reciban ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados).

A fin de ser elegible para inscribirse en nuestro plan, usted debe ser elegible para recibir beneficios de Medicare y todos los beneficios de Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de 3 meses, entonces continúa siendo elegible para ser afiliado de nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 le ofrece información sobre la cobertura y la distribución de costos durante un periodo considerado de elegibilidad continua).

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 la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- En general, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios brindados por hospitales (para servicios para pacientes internados), centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare 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 (DME) y suministros).

Sección 2.3

¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué es lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de esos servicios. Los estados también pueden tomar decisiones sobre cómo administrar su programa siempre que cumplan con las directrices federales.

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). Los beneficiarios elegibles también reciben beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiarios de Medicare con ingresos bajos especificados (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB +):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B y otros montos de distribución de costos (como montos deducibles, coseguros y copagos). Los beneficiarios elegibles también reciben beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficio doble completo elegible (FBDE):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otros montos de distribución de costos (como deducibles, coseguros y copagos). Los beneficiarios elegibles también reciben beneficios completos de Medicaid.

Sección 2.4

Esta es el área de servicios de nuestro plan

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 el Servicios para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este

Capítulo 1. Cómo comenzar como afiliado

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 2.5

Ciudadano estadounidense o residente legal

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



Sección 3. ¿Qué otro 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.

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 Complete (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 al Servicio de Atención al Cliente y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números telefónicos del Servicio de Atención al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2

El Directorio de Proveedores/ Farmacias: Su guía para todos los proveedores en la red de nuestro 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, proveedores de equipo médico duradero, 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. La lista más reciente de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en www.mysimplymedicare.com.

¿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.

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 servicio), los servicios de diálisis fuera del área del servicio 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 y otros*) para obtener información específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área. Además, debe obtener todos sus servicios cubiertos por

Medicaid a través de los proveedores del plan. El Capítulo 3 le brinda más información sobre cómo utilizar los proveedores del plan.

Si no tiene una copia del *Directorio de Proveedores/Farmacias*, puede solicitarla al Servicios para Afiliados (los números telefónicos figuran en la contraportada de este folleto). Puede consultar al Servicio de Atención al Cliente 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/ 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 Servicios para Afiliados para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos un Directorio de Proveedores/Farmacias por correo postal. **Consulte el *Directorio de Proveedores/Farmacias de 2018 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.***

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia a través del Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede comunicarse con el 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 del 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 incluidos en el plan. Además de los medicamentos cubiertos en la Parte D, algunos medicamentos recetados tienen cobertura bajo sus beneficios de Medicaid.

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 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, han 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. En el Capítulo 6 (*Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D*) le da más información sobre la *Explicación de Beneficios* 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 Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 4. La prima mensual del plan

Sección 4.1

¿Cuánto paga por la prima del plan?

Usted no paga una prima mensual por separado por nuestro plan. Usted debe seguir pagando su prima de

Capítulo 1. Cómo comenzar como afiliado

la Parte B de Medicare (salvo que la pague Medicaid u otro tercero).

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 **multa por inscripción tardía a la Parte D** 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 a 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 a la Parte D.
 - Si recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.
 - Si alguna vez pierde el subsidio por bajos ingresos de "Ayuda Extra" ("Extra Help"), estará sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez ha pasado sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.
 - Si se le exige que pague la multa por inscripción tardía a la Parte D, el monto de la multa depende de cuántos meses estuvo sin cobertura para medicamentos desde que comenzó a ser elegible.

Algunos afiliados deben pagar otras primas de Medicare

Algunos afiliados deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, debe seguir siendo elegible para Medicaid, debe tener derecho a Medicare Parte A y estar inscrito en Medicare Parte B. Para la mayoría de los afiliados de Simply Complete (HMO SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo afiliado del 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 sus ingresos son más de \$85,000, en el caso de personas solteras (o personas casadas que presentan declaración de ingresos por separado), o más de \$170,000, en el caso de matrimonios, **usted debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** para su cobertura de Medicare Parte D.

- Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será dicho monto adicional. Si su ingreso bajó a causa de un evento que cambió sus circunstancias de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar que reconsidere la decisión.
- **Si usted debe pagar el monto adicional y no lo hace, se anulará su inscripción en el plan.**
- También puede visitar <https://www.medicare.gov> en la 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.

Su copia de *Medicare y Usted 2018* le brinda información sobre estas primas en la sección llamada "Costos de Medicare de 2018". 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 siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2

Si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, puede hacerlo de varias formas.

Si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, puede hacerlo de dos formas. Usted eligió la opción de pago en el momento en que se inscribió. Puede cambiar su tipo de pago en cualquier momento. Si desea cambiar la opción de pago de la prima, llame al Servicios para Afiliados. (Los números de teléfono aparecen en el dorso de este folleto).

Si decide cambiar la forma de pago de su multa por inscripción tardía a la Parte D, el cambio puede tardar hasta dos meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, debe asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Si eligió pagar directamente a nuestro plan, recibirá un estado de cuenta anualmente.

Los cheques de pago deben hacerse a Simply Healthcare Plans, Inc. y deben ser recibidos el seis de cada mes. Envíe o entregue su pago a:

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

Opción 2: Puede hacer deducir la multa por inscripción tardía a la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede hacer deducir la multa por inscripción tardía a la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicios para Afiliados si desea obtener más información sobre cómo pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D de este modo. Nos complace ayudarlo con este tema. (Los números telefónicos del Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

La multa por inscripción tardía de la Parte D debe llegar a nuestras oficinas a más tardar el sexto día del mes.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía a la Parte D a tiempo, comuníquese con el Servicios para Afiliados para ver si podemos recomendarle programas que lo ayuden con esa multa. (Los números telefónicos del Servicios para Afiliados aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 4.3

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

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrarle una 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, es posible que necesite comenzar a pagar o que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D. (La multa por inscripción tardía a la Parte D puede corresponder si tenía un periodo continuo de 63 días o más sin cobertura "acreditable" para medicamentos recetados). Esto puede suceder si usted comienza a ser

elegible para participar del programa "Ayuda Extra" (Extra Help) o si usted pierde la elegibilidad para este programa durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía a la Parte D y pasa a reunir los requisitos para recibir "Ayuda Extra" (Extra Help) durante el año, usted podría dejar de pagar su multa.
- Si alguna vez pierde el subsidio por bajos ingresos de "Ayuda Extra" ("Extra Help"), estará sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez ha pasado sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.

Puede encontrar más información sobre el programa "Ayuda Extra" (Extra Help) en el Capítulo 2, Sección 7.

Sección 5. Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan

Sección 5.1

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 telefónico. 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 estos cambios

- Cambios de nombre, dirección o número telefónico
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico (como la cobertura de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación para trabajadores [Workers' 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 o sala de emergencias fuera del área de cobertura o que no pertenezcan a la red
- 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 algún cambio en esta información. (Los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

También es importante llamar 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 7 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 la contraportada de este folleto).

Sección 6. Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 6.1

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

Sección 7. Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1

¿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 de grupo de su empleo actual o del empleo de un afiliado de su familia, el seguro que paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por el empleador y de si tiene Medicare debido a la edad, una discapacidad o 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 empleador 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.

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 para grupos del empleador.

Capítulo 1. Cómo comenzar como afiliado

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y 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 la contraportada 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 de nuestro plan (Cómo comunicarse con nosotros, incluye cómo comunicarse con el Servicios para Afiliados del plan)	20
Sección 2. Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	23
Sección 3. Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program) (asistencia, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	24
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)	25
Sección 5. Seguro Social	25
Sección 6. Medicaid (un programa Federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)	26
Sección 7. Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	27
Sección 8. Cómo comunicarse con la Junta Ferroviaria de Retiro (Railroad Retirement Board)	30

Sección 1. Contactos de nuestro plan (Cómo comunicarse con nosotros, incluye cómo comunicarse con el Servicios para Afiliados del plan)

Cómo comunicarse con el Servicios para Afiliados de nuestro plan

Si necesita ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba al 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 siete 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 siete 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 - Member Services Department
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 del beneficio 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.
- Fax:** 1-877-577-0114
- Escriba a:** Simply Healthcare Plans - Coverage Determinations
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 siete 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 siete 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 siete 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.
- Fax:** 1-866-887-8943
- Escriba a:** Simply Healthcare Plans
Grievance and Appeals
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174-3460
- Sitio web de Medicare:** Puede presentar un reclamo acerca del plan directamente a Medicare. Para presentar un reclamo en línea a Medicare, visite <https://www.medicare.com/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 puede necesitar solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los 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.

Información de contacto para las solicitudes de pago por atención médica

- 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 siete 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 siete 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
Attention: Member Services
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174-3460
- Sitio web:** www.mysimplymedicare.com

Solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto

- Llame al:** 1-877-577-0115. Del 1.º de octubre al 14 de febrero, estamos abiertos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 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. Las llamadas a este número son gratuitas.
- Fax:** 1-877-577-9045
- Escriba a:** Simply Healthcare Plans
Attention: Pharmacy Department
9250 West 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 de 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.

Medicare – Información de contacto

Llame al: 1-800-MEDICARE, o al 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 cuadernillos 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 del plan.

- **Infórmele 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 tiene computadora, en la biblioteca local o en los centros para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web utilizando las 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 siete 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, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

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

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros 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 consejeros de Serving Health Insurance Needs of Elders (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 consejeros de Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) también pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder a preguntas sobre cómo cambiarse de plan.

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) (Florida SHIP) - 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 para servir a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Florida, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO.

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 cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Florida) - 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 legales permanentes 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 una suma adicional para la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a su ingreso más alto. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le dice 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 7 a. m. a 7 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 7 a. m. a 7 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.

Simply Complete (HMO SNP) cubrirá todos los servicios que actualmente cubre Medicare y la mayoría de los servicios que cubre Medicaid bajo un solo plan. Algunos de los beneficios de Medicaid, como los servicios prolongados, seguirán estando bajo la cobertura directa de Medicaid. También recibirá "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan le ayudará a gestionar todos estos beneficios, de modo que obtenga los servicios de atención de salud y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

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 las primas de Medicare. 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+]).

- **Persona calificada (Qualifying 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.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Florida Agency for Health Care Administration.

Florida Agency for Health Care Administration (Programa Medicaid de Florida) - 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>

El Long Term Care Ombudsman of Florida ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas relacionados con servicios o facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja formal o apelación en nuestro plan.

Long Term Care Ombudsman of Florida - información de contacto

Llame al: 1-888-831-0404, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

TTY: 711

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: Long Term Care Ombudsman of Florida
4040 Esplanade Way
Tallahassee, FL 32399-7000

Sitio web: <http://ombudsman.myflorida.com>

El Long Term Care Ombudsman of Florida ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre estos y los residentes o sus familiares.

Long Term Care Ombudsman of Florida - información de contacto

Llame al: 1-888-831-0404, 8:00 a.m. - 5:00 p.m.

TTY: 711

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: Long Term Care Ombudsman of Florida
4040 Esplanade Way
Suite 380
Tallahassee, FL 32399-7000

Sitio web: <http://ombudsman.myflorida.com>

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

Programa "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare

Puesto que tiene elegibilidad para Medicaid, reúne los requisitos para obtener "Ayuda Extra" (Extra Help), que ya recibe, de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos recetados. No debe hacer nada más para recibir esta "Ayuda Extra" (Extra Help).

Ante cualquier duda sobre "Ayuda Extra" (Extra Help), llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas del día, los siete 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; o
- a la oficina estatal de Medicaid (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si piensa que está pagando un monto de distribución de costos incorrecto cuando obtiene su receta en la farmacia, hemos establecido un proceso para nuestro plan que le permite solicitar ayuda para obtener la evidencia de su nivel de copago apropiado, o, si ya tiene la evidencia, para que pueda proporcionárnosla.

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 (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 a nombre de la persona 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 el estado institucional de la persona 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 copia de la evidencia a la siguiente dirección postal para conservar este nivel de copago:

Simply Healthcare Plans
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 los

Servicios para Afiliados si tiene preguntas (los números telefónicos aparecen en la contraportada 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 a través de 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 situación de no asegurado o infraasegurado.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, 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. Para más información, 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 o en Internet en <http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/>.

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

o en Internet en <http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/>.

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

La mayor parte de nuestros afiliados reciben la "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos recetados. Si usted recibe "Ayuda Extra" (Extra Help), el Programa de descuentos durante la etapa sin cobertura de Medicare (Medicare Coverage Gap Discount Program) no se aplica a usted. Si recibe ayuda adicional, 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 Médicos (SHIP) (los números de teléfono aparecen en la Sección 3 de este capítulo) o 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.

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 desde las 9 a. m. hasta las 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>

Capítulo 3

Utilice la cobertura del plan para
su atención médica y otros
servicios cubiertos

Capítulo 3. Utilice la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Sección 1.	Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica y otros servicios cubiertos como afiliado de nuestro plan	34
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	34
Sección 1.2	Normas básicas para recibir la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan	34
Sección 2.	Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios	35
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que le brinde y supervise su atención	35
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?	36
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	37
Sección 2.4	Cómo recibir atención de los proveedores fuera de la red	38
Sección 3.	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención médica o durante un desastre	38
Sección 3.1	Cómo recibir atención en caso de una emergencia médica	38
Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando necesita servicios urgentes	39
Sección 3.3	Recibir atención durante un desastre	40
Sección 4.	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	40
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos	40
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?	41
Sección 5.	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica?	41
Sección 5.1	¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?	41

Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los servicios?	42
Sección 6.	Normas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa no médica de atención de la salud"	43
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de atención médica?	43
Sección 6.2	¿Qué atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica está cubierta por nuestro plan?	43
Sección 7.	Normas para ser propietario del equipo médico duradero	44
Sección 7.1	¿Adquirirá la propiedad del equipo médico duradero luego de realizar cierta cantidad de pagos de acuerdo con nuestro plan?	44

Sección 1. Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica y otros servicios cubiertos 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 y otros servicios. 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 y otros servicios que cubre nuestro plan, use el Cuadro de Beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios, Qué está cubierto*).

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 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 proveedores de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.

- 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 en el Capítulo 4.

Sección 1.2

Normas básicas para recibir la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

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

Generalmente, el plan cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios** (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 de la red (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 un "referido". 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 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 la atención médica que Medicare o Medicaid exige que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede recibirla de un proveedor fuera de la red.

- **ANTES de obtener los servicios debe obtener la autorización previa de nuestro plan.** En esta situación, cubriremos estos servicios como 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 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 y otros servicios

Sección 2.1

Debe elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que le brinde y supervise su atención

¿Qué es un "PCP" y qué hace por usted?

Cuando se une a 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/Farmacias* de su plan le indicará qué 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

Capítulo 3. Utilice la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

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 remisión). 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 del plan en particular, asegúrese primero de que su PCP haga los referidos 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). Servicios para Afiliados lo ayudará a asegurarse 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 acepte nuevos pacientes. 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 y otros servicios 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.

Capítulo 3. Utilice la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

- 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 la contraportada de este folleto.)
- Puede autorreferirse a un especialista de la red para servicios quiroprácticos y de podología cubiertos por Medicare. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1.
- Usted puede autorreferirse a proveedores del plan para determinadas 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 nuestro PCP considera que necesita tratamiento especializado, le dará un referido (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 un referido (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista del plan u otros proveedores determinados. Si no tiene un referido (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 el referido (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 referirlo. 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?

Es posible que hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son 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 calificados.
- Trataremos en buena fe de enviarle una notificación con al menos 30 días de antelación comunicándole que su proveedor dejará nuestro

Capítulo 3. Utilice la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

plan para que disponga de tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.

- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe con la gestión de sus necesidades de atención médica.
- 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 considera que no le hemos proporcionado un proveedor cualificado para reemplazar al anterior o que la atención que recibe no es la apropiada, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Para recibir asistencia, llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran en el dorso de este folleto.

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 qué servicios requieren una autorización previa.

- Servicios de emergencia o urgentemente necesarios. Si usa un proveedor fuera de la red para atención de emergencia o urgentemente necesaria, pagará la misma cantidad que pagaría si obtuviera la

atención de un proveedor de la red. Consulte la Sección 3 de este capítulo para más información.

- 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 la Sección 2.2 de este Capítulo si desea obtener más información.
- 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

Capítulo 3. Utilice la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

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 una ambulancia si la necesita. Usted no necesita obtener primero la aprobación o el referido del proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).
- **Asegúrese de informarle 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 que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado.

¿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 más información, consulte el Cuadro de Beneficios, en el Capítulo 4 de este folleto.

Este plan ofrece un beneficio complementario con cobertura mundial de emergencia/urgencia o servicios de ambulancia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

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?

Algunas veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que concurra para recibir atención de emergencia, al pensar que su salud corre un riesgo grave, 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 “servicios urgentemente necesarios” y usted sigue las normas para recibir esta atención urgente. (Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2

Cómo recibir atención cuando necesita servicios urgentes

¿Qué son los "servicios urgentemente necesarios"?

Los "servicios urgentemente necesarios" son una enfermedad, lesión o afección imprevistas que no son de emergencia y requieren atención médica inmediata. Los servicios urgentemente necesarios pueden brindarlos los proveedores de la red o los proveedores

Capítulo 3. Utilice la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

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 disponibles temporalmente 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 del día, 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 esté 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 otro proveedor.

Nuestro plan cubre los servicios urgentemente necesarios si usted recibe la atención fuera de los Estados Unidos. Consulte el Capítulo 4, “Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)” para obtener más información. Si usted ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos su parte del costo de los servicios cubiertos. Puede enviarnos la factura para el

pago. Consulte el Capítulo 7 (Cómo solicitar al plan que pague nuestro parte de una factura que recibió por los servicios o medicamentos cubiertos) para obtener más información sobre qué debe hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.

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 con receta en una farmacia fuera de la red. Por favor, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 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 los servicios cubiertos

Si ha pagado por servicios cubiertos o ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o*

medicamentos cubiertos) para obtener información sobre cómo hacerlo.

Sección 4.2

¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

El plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que figuran en la Tabla de beneficios del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto), 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. Antes de pagar el costo del servicio, el afiliado debe verificar si el servicio no está cubierto por Medicaid.

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.

En 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 la contraportada 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 contabilizan para su gasto máximo de bolsillo. Puede llamar a Servicios para Afiliados cuando desee saber qué parte del límite de beneficios ya ha usado.

Si reúne los requisitos para los beneficios de Medicaid, su cobertura de Medicaid puede cubrir algunos servicios que no sean beneficios bajo su cobertura en nuestro plan. Debe comunicarse con su programa estatal de Medicaid antes de pagar el costo de los servicios.

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 a 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

Capítulo 3. Utilice la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

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 necesita informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene planeado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para Afiliados (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 detalles 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 pagará el resto. Al igual que en todos los servicios cubiertos, no pagará por los servicios cubiertos que reciba en un estudio de investigación clínica.

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 Resúmenes de Medicare u otra documentación que demuestre qué servicios recibió como parte del estudio. 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 siete días

de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6. Normas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa no médica de atención de la salud"

Sección 6.1

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

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 atención en una institución religiosa no médica de atención médica.

Puede elegir buscar atención de la salud 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 prestados 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 está limitada a aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos para la atención hospitalaria para pacientes internados o la atención en centro de enfermería especializada.
 - -y- debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan para que lo admitan en el centro, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

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)".

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 (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, hablamos sobre otros tipos de equipos médicos duraderos (DME) que usted 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 luego de regresar a Original Medicare para adquirir la propiedad. No existen excepciones en estos casos cuando regresa a Original Medicare.

Capítulo 4

Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Sección 1.	Cómo comprender los servicios cubiertos	47
Sección 1.1	Usted no paga nada por los servicios cubiertos	47
Sección 1.2	¿Cuánto es lo máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?	47
Sección 2.	Utilice el Cuadro de Beneficios para saber qué servicios tiene cubiertos	48
Sección 2.1	Sus beneficios médicos como afiliado del plan	48
Sección 3.	¿Qué servicios están cubiertos fuera del plan?	91
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan	91
Sección 4.	¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?	91
Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones)	91

Sección 1. Cómo comprender los servicios cubiertos

Este capítulo se concentra en qué servicios están cubiertos. Incluye un Cuadro de Beneficios que enumera los servicios cubiertos 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

Usted no paga nada por los servicios cubiertos

Puesto que recibe asistencia de Medicaid, usted no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando siga las normas del plan para recibir la atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención).

Sección 1.2

¿Cuánto es lo máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?

Nota: Puesto que nuestros afiliados también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan alguna vez este máximo de bolsillo.

Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare en Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Puesto que 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 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, lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios de la Parte A y B en 2018 es de \$3,400. Los montos que paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos se aplican al cálculo de este monto máximo de gastos de bolsillo. (Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no se aplican al cálculo del 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, entre otros, los siguientes:

- Servicios quiroprácticos – solo complementarios de rutina
- Servicios dentales – solo complementarios de rutina
- Servicios médicos de emergencia (solo cobertura mundial adicional)
- Programas de educación sobre salud y bienestar
- Programa de comidas
- Programa de bienestar físico
- Servicios de audición – solo complementarios de rutina
- Servicios cubiertos por Medicare
- Medicamentos excluidos de la Parte D
- Sistema de respuesta de emergencia personal
- Servicios de podología – solo complementarios de rutina
- Servicios de transporte – solo complementarios de rutina
- Servicios de la visión – solo complementarios de rutina

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

Sección 2. Utilice el Cuadro de Beneficios para saber qué servicios tiene cubiertos

Sección 2.1

Sus beneficios médicos como afiliado del plan

El Cuadro de Beneficios en las páginas a continuación enumera los servicios cubiertos por el plan. Los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben brindarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben ser médicamente necesarios*. "Médicamente necesarios" 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. 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, Primary Care Provider), 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". 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.

Otros datos importantes que debe conocer acerca de su cobertura:

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre el cuidado de salud y medicamentos recetados. Medicaid cubre su distribución de costos para los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubra. (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.
- 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 usted se encuentra dentro del período de tres meses que nuestro plan considera elegibilidad continua, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare Advantage cubiertos por el plan. Sin embargo, durante este período, no cubriremos los beneficios de Medicaid que están incluidos bajo el plan Estatal de Medicaid, tampoco pagaremos las primas y la distribución



Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)



de costos de Medicare por el cual el estado sería responsable.



Usted no paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.






Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios.


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una única exploración 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>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 ofrecer atención solo si se proporcionan para un afiliado cuya afección médica sea tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si el plan lo autorizara. ▪ 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</p>	<p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para la visita anual de bienestar.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>su estado de salud actual y factores de riesgo. La misma está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera 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 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> 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>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por mamografías cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los afiliados que cumplen con ciertas condiciones y tienen el referido de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensa que, por lo general,</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</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> 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> Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <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 usted tiene alto riesgo de cáncer cervical o cáncer vaginal o está en edad de procrear y han tenido un examen de Papanicolau anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por las pruebas de Papanicolaou y las exploraciones ginecológicas preventivas cubiertas por Medicare.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<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>\$0 de copago 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>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>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<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 completos 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>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago por los beneficios dentales complementarios 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 primario 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> 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.</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

<p>Servicios que tiene cubiertos</p>	<p>Cuánto debe pagar por obtener estos servicios</p>
<p>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> 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 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 controladores. ▪ 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. ▪ En determinadas condiciones, está cubierto el entrenamiento de autoadministración para la diabetes. 	<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> <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 de 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>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
	<p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiras reactivas para medir glucosa en sangre ▪ 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 ordenadas por un proveedor para utilizar en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por 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 copago para equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia hace referencia a los servicios cubiertos, que son:</p> <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</p>	<p>\$0 de copago para servicios de emergencia en una sala de emergencias.</p> <p>\$50,000 de límite de cobertura de beneficios del plan para servicios de emergencia a nivel mundial fuera de los EE.UU. cada año.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia ha sido estabilizada, usted debe recibir dicha atención en un hospital fuera de la red que esté autorizado por el plan, y el costo que deberá pagar corresponderá a la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>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>Usted tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Si usted tiene una emergencia fuera de los EE.UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por los servicios prestados por adelantado. Usted debe enviar la solicitud a Simply Healthcare Plans para obtener un reembolso, para obtener más información consulte el Capítulo 7. No podemos reembolsarle todos los gastos de bolsillo. Esto se debe a que las tarifas de los proveedores contratados pueden ser más bajas que las de los proveedores fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</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>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>Servicios auditivos - cubiertos por Medicare</p> <p>Las evaluaciones de audición de diagnóstico y de equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0 de copago para servicios de diagnóstico de audición cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios auditivos - 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>Los afiliados que reúnan las condiciones para la prueba de detección preventiva de VIH cubierta por Medicare no deben pagar coseguros, copagos o deducibles.</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</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
<p>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> <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 y 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 enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por sus servicios para enfermos terminales</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa para enfermos terminales certificado por Medicare, los servicios de su centro para enfermos terminales y los servicios de las Partes A y B relacionados con su enfermedad terminal tendrán cobertura de Original Medicare, no de Simply Complete (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>relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa para enfermos terminales, su proveedor del centro para enfermos 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 Complete (HMO SNP) pero no están cubiertos por Medicare Parte A ni B:</u> Simply Complete (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 enfermedad 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),</p>	


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>comuníquese con nosotros para que organicemos los servicios.</p> <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>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye enfermos agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención prolongada y otro tipo 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 alta se considera su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</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 	<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"> ▪ Costos de las unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) ▪ 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 Complete (HMO SNP) ofrece servicios de trasplante en un lugar 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 el 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: 	

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>usted debe pagar los costos por las 3 primeras pintas de sangre que obtiene en un año calendario o recibir la sangre tanto de usted como de 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 informativa está disponible por Internet en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llame 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. 	<p>Excepto en casos de emergencia, su proveedor de la red debe llamar al plan para obtener una autorización. Nuestro plan cubre 90 días durante cada periodo de beneficios.</p> <p>Un periodo de beneficios comienza el primer día en el que usted ingresa en un hospital o 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>\$0 de copago para atención de salud mental a pacientes internados.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>Si su internación hospitalaria supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que ha usado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación hospitalaria se limitará a 90 días.</p>	
<p>Internación: Servicios recibidos en un hospital o SNF cubiertos durante una internación hospitalaria 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:</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, 	<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>desgaste o pérdida del elemento o de un cambio en la condición física del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla 	
<p>Programa de comidas - Post-hospitalización</p> <p>Después de ser dado de alta de una internación en un hospital o centro de enfermería, califica para recibir hasta diez días (1 comida por día) de alimentos nutritivos, precocinados y congelados proporcionados sin ningún costo.</p> <p>Solamente llame a Servicios para Afiliados si nuestro Equipo de Alta no se ha comunicado con usted. Servicios para Afiliados organizará un programa de evaluación nutricional y entrega de comidas a través de nuestro proveedor de comidas designado. Las comidas serán programadas para entregarse según sus necesidades de atención a la salud, diagnóstico y/o recomendaciones de su proveedor.</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago para comidas después del alta del hospital.</p>
<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>Los afiliados que reúnan las condiciones para los servicios de terapia nutricional médica cubierta por Medicare no deben pagar coseguros, copagos o deducibles.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
 <p>Programa de Prevención de Diabetes Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare que reúnen los requisitos en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención de cambio de comportamiento de salud estructurado que ofrece capacitación práctica en el cambio de dieta a largo plazo, aumentar la actividad física, y estrategias de solución de problemas para superar los retos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles por los beneficios de 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> <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 se inscribió en Medicare Parte A en el momento del trasplante del órgano ▪ Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinada en su hogar, tiene fractura ósea que el médico certifica que se relaciona con 	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>Copago de \$0 para los medicamentos de Medicare Parte B y los medicamentos para quimioterapia.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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> 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>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos</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 los servicios radiológicos (radiografías) básicos cubiertos por Medicare.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<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 recibir la sangre tanto de usted como de 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>\$0 de copago para los servicios radiológicos de diagnóstico (servicios avanzados de diagnóstico por imágenes) cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para los servicios radiológicos terapéuticos (servicios de radiología/medicina nuclear) cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para los suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</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 	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago para servicios de emergencia en una sala de emergencias.</p> <p>\$0 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>\$0 de copago para procedimientos y pruebas de diagnóstico 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 hospitalario como paciente ambulatorio.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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>Nota: A menos que el proveedor haya escrito 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 servicios hospitalarios para 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 informativa está disponible por Internet en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llame 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 servicios básicos de radiología (radiografías) 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>\$0 de copago para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare en un centro hospitalario como paciente ambulatorio.</p> <p>Copago de \$0 para 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>Copago de \$0 para los medicamentos de Medicare Parte B y para quimioterapia 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>



Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
	<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>
<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 de la salud mental para pacientes ambulatorios para 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>\$0 de copago por cada visita de terapia individual para el abuso de sustancias cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 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 operará 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</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 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>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>Cobertura complementaria de medicamentos de venta libre (OTC)</p> <p>Usted reúne los requisitos para recibir un beneficio mensual máximo de hasta \$31 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 (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 un hospital 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>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)</p> <p>El beneficio del Sistema de Respuesta de Emergencia Personal proporciona un dispositivo para el hogar a fin de notificar al personal adecuado de una emergencia (por ejemplo, una caída).</p> <p>La autorización está basada en la necesidad que se determina a través de la realización de una evaluación de riesgos para la salud.</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 de copago para un Sistema de respuesta de emergencia personal.</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 médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación ▪ 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>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>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 podiatría - Complementarios</p> <p>Este plan cubre la cobertura del cuidado de los pies adicional no cubierta por Medicare Original.</p> <p>Los beneficios adicionales y complementarios de podología que están cubiertos incluyen:</p> <p>Puede consultar por su cuenta a un podólogo hasta 12 visitas de rutina 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>\$0 de copago por servicios de podología complementarios de rutina.</p>
<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 debe pagar coseguros, copagos o deducibles para una prueba anual de PSA (antígeno prostático-específico).</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<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 copago para los aparatos protésicos cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 para los suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>
<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 un referido u 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 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 personal por año (si es competente y presta atención durante la sesión) provistos por un médico de cabecera autorizado o profesional en un centro de atención primaria</p>	<p>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por el beneficio de atención preventiva de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<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: personas entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar tabaco de al menos 30 paquetes-año o que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que hayan recibido una orden escrita para una tomografía computarizada de dosis baja durante un asesoramiento de prueba de detección de cáncer de pulmón y una visita conjunta de toma de decisiones que cumple con los criterios de Medicare para tales visitas, y realizadas por un médico o un profesional no médico que reúna los requisitos.</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 por escrito para el examen del cáncer de pulmón LDCT, que pueden realizarse durante cualquier visita a un médico o un profesional no médico que reúna los requisitos. Si un médico o un profesional no médico que reúna los requisitos decide realizar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas 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>No hay coseguros, copagos o deducibles para el asesoramiento y la visita conjunta de toma de decisiones o para la LDCT.</p>
<p> Pruebas de detección de Infecciones de transmisión sexual (Sexual Transmitted</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 los beneficios de prevención de STI.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>Infecciones, 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 mujeres 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 personales 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 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) 	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 copago para servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.</p>


Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 tienen la cobertura del beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".</p>	
<p>SilverSneakers</p> <p>Usted cuenta con cobertura para la membresía en un programa de bienestar físico participante.</p> <p>Los beneficios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a los servicios estándar de un gimnasio participante. Los afiliados reciben orientación sobre el centro y el equipo, o un Programa de Bienestar Físico en el hogar para los afiliados que no pueden formar parte de un gimnasio o prefieren ejercitarse en casa. El Programa de Bienestar Físico en el hogar puede consistir en un DVD, un folleto con información sobre el tema de entrenamiento físico y una guía de Inicio Rápido. ▪ Un sitio web diseñado específicamente para los afiliados del programa de bienestar físico. 	<p>\$0 de copago para los servicios complementarios del programa de bienestar físico que están cubiertos.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<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>Está cubierto hasta 100 días por cada periodo de beneficios.*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</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 recibir la sangre tanto de usted como de 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 ▪ Pruebas de laboratorio normalmente suministradas por los SNF ▪ Radiografías y otros servicios radiológicos 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>*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"> ▪ 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 recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red, 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 período 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 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>No debe pagar coseguros, copagos o deducibles por los beneficios preventivos de servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Cuánto debe pagar por obtener estos servicios
<p>Transporte</p> <p>Usted tiene cobertura para 14 viajes de ida en camioneta para acceder a la atención médica.</p> <p>Usted también cuenta con cobertura para viajes ilimitados a través de la parte de Medicaid de este plan.</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 Servicios para Afiliados para obtener más información.</p>	<p>\$0 de copago para el transporte complementario de rutina que está cubierto.</p> <p>Copago de \$0 para viajes ilimitados cubiertos por Medicaid.</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. 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.</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>Usted tiene cobertura para servicios urgentemente necesarios a nivel mundial.</p>	<p>\$0 de copago por visitas para servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare.</p> <p>Para la cobertura a nivel mundial, consulte la sección de atención de Emergencia en este Capítulo.</p>
<p> Atención de la visión - con cobertura Medicare</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>Se pueden aplicar requisitos de autorización, contacte al plan para obtener detalles.</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 lesiones 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, les cubriremos 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 primer cirugía y comprar dos anteojos luego de la segunda cirugía). 	<p>\$0 de copago por pruebas para diagnosticar y tratar enfermedades o afecciones del ojo cubiertas por Medicare.</p> <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
<p>la cobertura de beneficios, incluyendo el ajuste de los lentes de contacto y servicios relacionados.</p>	
<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>

2018 Simply Healthcare Plans, Inc. Beneficios Dentales de Medicare – Opción 1		
<p>\$0 Monto del Copago del Afiliado</p> <p>* Tenga 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: su dentista general debe referirlo a los 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 bucal limitada - problema específico	Sin limitación No se reembolsa en el mismo día como códigos D0120 O D0150
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)

2018 Simply Healthcare Plans, Inc. Beneficios Dentales de Medicare – Opción 1		
<p>\$0 Monto del Copago del Afiliado</p> <p>* Tenga 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: su dentista general debe referirlo a los 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 Limpieza Preventiva		
D1110	profilaxis - adulto	2 por 1 año calendario
Códigos de Reparación		
D2140	amalgama - una superficie, primaria o permanente	2 por 1 año calendario (Ya sea D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393 O D2394) Sin reparación en superficie duplicada por 2 años calendario
D2150	amalgama - dos superficies, primaria o permanente	
D2160	amalgama - tres superficies, primaria o permanente	
D2161	amalgama - cuatro o más superficies, primaria o permanente	
D2330	compuesto a base de resina - una superficie, anterior	
D2331	compuesto a base de resina - dos superficies, anterior	
D2332	compuesto a base de resina - tres superficies, anterior	
D2335	compuesto a base de resina - cuatro o más superficies o con afectación del ángulo incisivo (anterior)	
D2390	corona de compuesto a base de resina, anterior	
D2391	compuesto a base de resina - una superficie, posterior	
D2392	compuesto a base de resina - dos superficies, posterior	

2018 Simply Healthcare Plans, Inc. Beneficios Dentales de Medicare – Opción 1		
<p>\$0 Monto del Copago del Afiliado</p> <p>* Tenga 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: su dentista general debe referirlo a los 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
D2393	compuesto a base de resina - tres superficies, posterior	
D2394	compuesto a base de resina - cuatro o más superficies, posterior	
Prostodoncia - Dentaduras Completas, Inmediatas y Parciales		
D5110	dentadura postiza completa - maxilar	1 por 5 años calendario* (Ya sea D5110, D5211 O D5213)
D5120	dentadura postiza completa - mandibular	1 por 5 años calendario* (Ya sea D5120, D5212 O D5214)
D5130	dentadura postiza inmediata - maxilar	1 de por vida*
D5140	dentadura postiza inmediata - mandibular	1 de por vida*
D5211	dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluye todos los enganches, soportes y dientes convencionales)	1 por 5 años calendario* (Ya sea D5110, D5211 O D5213)
D5212	dentadura postiza parcial maxilar – base de resina (incluye todos los enganches, soportes y dientes convencionales)	1 por 5 años calendario* (Ya sea D5120, D5212 O D5214)
D5213	dentadura postiza parcial maxilar – armazón de metal colado con bases de dentadura postiza de resina (incluye todos los enganches, soportes y dientes convencionales)	1 por 5 años calendario* (Ya sea D5110, D5211 O D5213)

2018 Simply Healthcare Plans, Inc. Beneficios Dentales de Medicare – Opción 1		
<p>\$0 Monto del Copago del Afiliado</p> <p>* Tenga 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: su dentista general debe referirlo a los 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
D5214	dentadura postiza parcial maxilar – armazón de metal colado con bases de dentadura postiza de resina (incluye todos los enganches, soportes y dientes convencionales)	1 por 5 años calendario* (Ya sea D5120, D5212 O D5214)
Prostodoncia – Dentadura y Ajustes / Reparaciones / Recubrimientos Parciales		
D5410	ajuste de la dentadura postiza completa - maxilar	1 por 1 año calendario (No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial) (Ya sea D5410, D5710, D5730 O D5750)
D5411	ajuste de la dentadura postiza completa - mandibular	1 por 1 año calendario (No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial) (Ya sea D5411, D5711, D5731 O D5751)
D5421	ajuste de la dentadura postiza parcial - maxilar	No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación
D5422	ajuste de la dentadura postiza parcial - mandibular	No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación

2018 Simply Healthcare Plans, Inc. Beneficios Dentales de Medicare – Opción 1		
<p>\$0 Monto del Copago del Afiliado</p> <p>* Tenga 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: su dentista general debe referirlo a los 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
D5510	reparación completa de base de prótesis dental rota	2 por 1 año calendario (Ya sea D5510, D5520, D5610, D5620, D5630, D5640, D5650 O D5660) No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación Solo 2 reparaciones de la dentadura por 1 año calendario con hasta 5 en total en 5 años calendario
D5520	reemplazo de dientes faltantes o rotos - dentadura postiza completa (cada diente)	
D5610	reparación de base de dentadura postiza de resina	
D5620	reparación de armazón colado	
D5630	reparación o reemplazo de enganche roto	
D5640	reemplazo de diente roto por diente	
D5650	agregar diente a prótesis dental parcial existente	
D5660	agregar enganche a prótesis dental parcial existente	
D5710	reparación completa de base de la dentadura postiza maxilar	1 por 1 año calendario (No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial) (Ya sea D5410, D5710, D5730 O D5750)
D5711	reparación completa de base de la dentadura postiza mandibular	1 por 1 año calendario (No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial) (Ya sea D5411, D5711, D5731 O D5751)

2018 Simply Healthcare Plans, Inc. Beneficios Dentales de Medicare – Opción 1		
<p>\$0 Monto del Copago del Afiliado</p> <p>* Tenga 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: su dentista general debe referirlo a los 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
D5730	recubrimiento de prótesis dental maxilar completa (en consultorio)	1 por 1 año calendario (No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial) (Ya sea D5410, D5710, D5730 O D5750)
D5731	recubrimiento de prótesis dentadura mandibular completa (en consultorio)	1 por 1 año calendario (No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial) (Ya sea D5411, D5711, D5731 O D5751)
D5740	recubrimiento de prótesis dental maxilar parcial (en consultorio)	1 por 1 año calendario (No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial) (Ya sea D5740 O D5760)
D5741	recubrimiento de prótesis dental mandibular parcial (en consultorio)	1 por 1 año calendario (No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial) (Ya sea D5741 O D5761)
D5750	recubrimiento de prótesis dental maxilar completa (laboratorio)	1 por 1 año calendario (No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial) (Ya sea D5410, D5710, D5730 O D5750)

2018 Simply Healthcare Plans, Inc. Beneficios Dentales de Medicare – Opción 1		
<p>\$0 Monto del Copago del Afiliado</p> <p>* Tenga 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: su dentista general debe referirlo a los 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
D5751	recubrimiento de prótesis dental mandibular completa (laboratorio)	1 por 1 año calendario (No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial) (Ya sea D5411, D5711, D5731 O D5751)
D5760	recubrimiento de prótesis dental maxilar parcial (laboratorio)	1 por 1 año calendario (No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial) (Ya sea D5740 O D5760)
D5761	recubrimiento de prótesis dental mandibular parcial (laboratorio)	1 por 1 año calendario (No tiene cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial) (Ya sea D5741 O D5761)
D5899	procedimiento prostodóntico extraíble no especificado, mediante informe	Sin límite*

2018 Simply Healthcare Plans, Inc. Beneficios Dentales de Medicare – Opción 1		
<p>\$0 Monto del Copago del Afiliado</p> <p>* Tenga 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: su dentista general debe referirlo a los 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 Cirugía Dental		
D7140	extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)	Sin límite
D7210	extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere extracción de hueso o corte de diente y que incluye elevación de colgajo mucoperióstico, si se indica	Sin límite*
D7250	extracción quirúrgica de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)	Sin límite*
D7260	cierre de la fístula oroantral	Sin límite
D7261	cierre primario de una perforación de los senos nasales	Sin límite
D7310	alveoplastia junto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	1 por cuadrante de por vida*
D7320	alveoplastia sin extracciones – cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	1 por cuadrante de por vida*
D7510	incisión y drenaje de abscesos - tejido blando intraoral	Sin límite
D7520	incisión y drenaje de abscesos - tejido blando extrabucal	Sin límite

2018 Simply Healthcare Plans, Inc. Beneficios Dentales de Medicare – Opción 1		
<p>\$0 Monto del Copago del Afiliado</p> <p>* Tenga 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: su dentista general debe referirlo a los 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
D7970	escisión de tejido hiperplásico - por arco	No se permite junto con D7310 O D7320 en la misma fecha de servicio
D7999	procedimiento de cirugía dental no especificado, mediante informe	Sin límite*
Servicios Generales Complementarios		
D9223	sedación profunda/anestesia general – incrementos de cada 15 minutos	5 por 1 Día Por paciente* Máximo de 75 minutos. No se permite junto con D9230, D9243 O D9248
D9230	inhalaación de óxido nitroso/ analgésico, ansiólisis	3 por 1 año calendario* No se permite junto con D9223, D9243 O D9248
D9243	sedación intravenosa moderada (consciente)/analgésia – incrementos de cada 15 minutos	6 de (D9243) por 1 Día por paciente.* Un máximo de 90 minutos. No se permite junto con D9223, D9230 O D9248.
D9248	sedación consciente no intravenosa	3 por 1 año calendario* No se permite junto con D9223, D9230 O D9243.
D9420	llamada a hospital o centro de cirugía ambulatoria	1 por 1 día por proveedor O ubicación* No permitido con D0120, D0140 O D0150
D9999	procedimiento complementario no especificado, mediante informe	Sin límite*

Sección 3. ¿Qué servicios están cubiertos fuera del plan?

Sección 3.1

Servicios *no* cubiertos por el plan

Los siguientes servicios no están cubiertos por el plan, pero se encuentran disponibles a través de Medicare o Medicaid.

- Servicios de análisis del comportamiento
- Servicios de salud del comportamiento complementarios
- Servicios dirigidos de administración de casos de cuidado del niño
- Servicios de salud del comportamiento comunitarios
- Programa Care Plus orientado al consumidor
- Clínica del departamento de salud del condado
- Servicios de exención de presupuestación individual para deficiencias del desarrollo
- Servicios de intervención temprana
- Servicios de centros de asistencia intermedia para personas con discapacidad intelectual
- Programa School Match certificado por Medicaid
- Cuidado tutelar médico
- Servicios de atención personal
- Servicios prescritos de atención pediátrica prolongada
- Servicios de enfermería privada
- Servicios de exención de cuidado en el proyecto SIDA
- Red evaluadora calificada

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

- Servicios en un centro de atención perinatal intensiva regional
- Servicios dirigidos de administración de casos para niños en riesgo de sufrir abuso y negligencia
- Servicios de exención por lesiones traumáticas en el cerebro y la médula espinal

Las categorías anteriores no pretenden ser una lista completa de beneficios y están sujetas a las pólizas de limitaciones y cobertura de Florida Medicaid.

Sección 4. ¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1

Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección explica qué servicios están “excluidos.” Excluidos significa que el plan no cubre estos servicios.

El siguiente cuadro describe algunos servicios y artículos que no cubre el plan bajo ninguna condición o están cubiertos por el plan solo bajo condiciones específicas.

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 del siguiente cuadro 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 6.3 en este folleto).

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.
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 especializada, médica o de enfermería.	✓	
Servicios domésticos (incluyen asistencia básica en el hogar, como actividades livianas de limpieza o preparación de comidas).	✓	
Las tarifas cobradas por la atención por sus parientes directos o afiliados de su familia.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Cirugías o procedimientos cosméticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un afiliado 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 no rutinaria.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>El cuidado dental requerido para tratar una enfermedad o lesión puede cubrirse para pacientes internados o ambulatorios.</p>
Calzado ortopédico		<p style="text-align: center;">✓</p> <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.</p>
Aparatos de soporte para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético.</p>
Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia para la visión y otros dispositivos para la baja visión		<p style="text-align: center;">✓</p> <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.</p>
Reversión de procedimientos de esterilización y/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 capacitado, 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	97
Sección 1.1	Este capítulo describe la cobertura de los medicamentos de la Parte D	97
Sección 1.2	Las reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	98
Sección 2.	Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.	98
Sección 2.1	Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red	98
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red	98
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de venta por correo del plan	99
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	101
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenezca a la red de nuestro plan?	101
Sección 3.	Sus medicamentos deben estar en la <i>Lista de Medicamentos del plan</i>	102
Sección 3.1	La " <i>Lista de Medicamentos</i> " le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	102
Sección 3.2	Existen cinco niveles para los medicamentos en la <i>Lista de Medicamentos</i>	103
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?	103
Sección 4.	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	103
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	103
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones?	104
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?	104
Sección 5.	¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que a usted le gustaría?	105
Sección 5.1	Existen alternativas que usted puede considerar, si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea	105

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?	105
Sección 6.	¿Qué sucede si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?	107
Sección 6.1	La <i>Lista de Medicamentos</i> puede cambiar durante el año	107
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?	107
Sección 7.	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	108
Sección 7.1	Tipos de medicamentos sin cobertura	108
Sección 8.	Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta	109
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	109
Sección 8.2	¿Qué debe hacer si no tiene su tarjeta de membresía en ese momento?	110
Sección 9.	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	110
Sección 9.1	¿Qué ocurre si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada por una permanencia cubierta por el plan?	110
Sección 9.2	¿Qué ocurre si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?	110
Sección 9.3	¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?	111
Sección 10.	Programas sobre seguridad de los medicamentos y administración de medicamentos	111
Sección 10.1	Programas que ayudan a los afiliados a utilizar los medicamentos de manera segura	111
Sección 10.2	Programa de administración de la terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos	112

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) para los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

Puesto que tiene elegibilidad para Medicaid, reúne los requisitos para obtener "Ayuda Extra" (Extra Help), que ya recibe, de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos recetados. Puesto que está en el programa de "Ayuda Extra", **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" (Extra Help) para pagar los medicamentos recetados*" (denominado también la "*Modificación del subsidio por bajos ingresos*" o "*LIS Rider*"), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si no recibe este folleto, llame a Servicios para Afiliados y solicite el "*LIS Rider*". (Los números de teléfono de Servicios para Afiliados se encuentran en la contratapa 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 indica lo que usted paga 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 los beneficios de Medicare Parte B, nuestro plan incluye determinados medicamentos para quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos suministradas durante una visita médica y los medicamentos proporcionados en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos, que está cubierto*), 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.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si se encuentra en un centro para enfermos terminales de Medicare. Nuestro plan sólo cubre los servicios y medicamentos de Medicare Partes A, B y D que no están relacionados con su diagnóstico terminal y condiciones relacionadas, y por lo tanto están cubiertos bajo el beneficio del centro para enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 (*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, que está cubierto*).

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos bajo las reglas de beneficios de la Parte D del plan. 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.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura bajo

sus beneficios de Medicaid. La lista de medicamentos de Medicaid se encuentra disponible en http://ahca.myflorida.com/medicaid/prescribed_drug/pharm_thera/fmpdl.shtml.

información sobre una indicación médicamente aceptada).

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 llame o consulte. Si esto no sucede, tenga en cuenta que lleva tiempo que su emisor de recetas presente el papeleo necesario que debe ser procesado.
- En general, usted debe usar una farmacia perteneciente a la red para abastecer su receta. (Consulte la Sección 2, *Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- El medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. 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. "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

Sección 2. Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.

Sección 2.1

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

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si las surte en una farmacia de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 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/Proveedores*, visitar nuestro sitio web (www.mysimplymedicare.com) o llamar al Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en la contraportada 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,

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

puede solicitar que transfieran la receta a la farmacia nueva.

¿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. 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 Proveedores/Farmacias*. 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 si ha obtenido una excepción al formulario para el medicamento.
 - 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 obtener más información, comuníquese con Servicios para Afiliados.

- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes internados en un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) cuenta con 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 Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) restringe a ciertas localidades, 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 Proveedores/Farmacias* o llame a Servicios para Afiliados (los números telefónicos del Servicio de Atención al Cliente aparecen en el dorso de este folleto).

Sección 2.3

Cómo utilizar los servicios de venta por correo del plan

Algunos medicamentos pueden obtenerse a través del servicio de venta por correo del plan. En general, los medicamentos que se entregan por correo son aquellos que usted toma de manera regular, debido a una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de venta por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de "venta por correo"** en nuestra Lista de Medicamentos.

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

Para utilizar el servicio de venta por correo de nuestro plan, es necesario que solicite **un suministro de 30 días, como mínimo, y de 90 días, como máximo.**

Para que le brindemos los formularios y la información acerca de abastecer sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para Afiliados (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Si utiliza una farmacia de venta por correo que no figura en la red de nuestro plan, su receta no estará cubierta.

Generalmente, el pedido a una farmacia de venta por correo le llegará entre 7 y 10 días. Si por alguna razón se retrasa su receta por correo, póngase en contacto con Servicios para Afiliados al 1-877-577-0115. El tiempo de procesamiento de la farmacia será de entre dos y cinco días hábiles; sin embargo, es posible que la entrega se demore unos días más debido al servicio de correo postal. Se recomienda a quienes usan el servicio de venta por correo por primera vez contar con un suministro de por lo menos 30 días de medicamentos al momento de realizar el pedido. Si la receta no posee suficiente información, o si necesitamos comunicarnos con el médico que la recetó, la entrega puede demorarse más.

Se recomienda a quienes usan el servicio de venta por correo por primera vez pedirle al médico dos recetas firmadas:

- Una para el suministro inicial para abastecer en la farmacia minorista local participante.
- La segunda por un suministro de hasta tres meses con reabastecimientos para enviar a la farmacia de venta por correo.

La farmacia recibe nuevas recetas directamente desde el consultorio del médico:

- La farmacia abastecerá automáticamente y entregará nuevas recetas que reciba de proveedores de atención médica, sin consultarle primero, si ha utilizado los servicios de pedidos por correo con este plan anteriormente o solicitó la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de proveedores de atención médica. Usted puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier

momento mediante el consentimiento de entrega a domicilio en su primera receta, enviada por su médico.

- Si recibe una receta de forma automática por correo que usted no quiere, y no se contactaron con usted para ver si la quería antes de ser enviada, usted puede tener derecho a un reembolso.
- Si alguna vez utilizó el servicio de venta por correo y no desea que la farmacia abastezca y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con el número telefónico de Servicios para Afiliados que figura en su tarjeta de membresía.
- Si nunca utilizó nuestro envío de venta por correo y decide detener el abastecimiento automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de su proveedor de atención médica para ver si desea que el medicamento sea abastecido y enviado inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, el monto y la forma) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunica con usted para que sepan qué hacer con la nueva receta y evitar cualquier demora en el envío.
- Para interrumpir la entrega automática de las nuevas recetas que se envían directamente del consultorio de su proveedor de atención de la salud, comuníquese con nosotros mediante el número telefónico de Servicios para Afiliados que figura en su tarjeta de membresía.

Reabastecimiento de recetas pedidas por correo:

- Para los reabastecimientos, comuníquese con su farmacia 30 días antes de que crea que los medicamentos que tiene disponible se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido sea enviado en tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de contactarse con usted llamando al número

telefónico de Servicios para Afiliados que figura en su tarjeta de membresía.

Sección 2.4

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

Nuestro plan ofrece dos modos de obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro prolongado") de mantenimiento que figuran 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 prolongada). Usted puede pedir el suministro a través del servicio de venta por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de Farmacias/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 la contraportada de este folleto)
2. Algunos medicamentos pueden obtenerse a través del **servicio de venta por correo** de la red del plan. Estos están marcados como medicamentos de venta por correo en la lista de medicamentos de nuestro plan. Para utilizar el servicio de venta por correo de nuestro plan, es necesario que solicite un suministro de 30 días, *como mínimo*, y de 90 días, *como máximo*. Consulte la Sección 2.3 si desea obtener más información sobre cómo usar nuestro servicio de venta por correo.

Sección 2.5

¿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.
- Usted viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios y su 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 desea abastecer una receta para un medicamento cubierto que, por lo general, no está en existencia en una farmacia minorista de la red accesible. (Por ejemplo, un medicamento huérfano u otro fármaco especial).

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 la contraportada 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*.

La *Lista de Medicamentos* incluye los medicamentos que cubre Medicare Parte D (descritos anteriormente en este capítulo, en la Sección 1.1 se explica sobre los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura bajo sus beneficios de Medicaid. La lista de medicamentos de Medicaid se encuentra disponible en http://ahca.myflorida.com/medicaid/prescribed_drug/pharm_thera/fmpdl.shtml.

En general, cubriremos un medicamento que esté en la *Lista de Medicamentos del plan*, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo, y si el uso del medicamento es una

indicación médicamente aceptada. "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). (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para los cuales se recetó).
- -- o bien -- está respaldado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de información DRUGDEX, el 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 medicamentos de marca como 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 es lo que *no* se encuentra en la *Lista de Medicamentos*?

Los medicamentos cubiertos por Medicaid no se incluyen en nuestra lista de medicamentos, a menos que sean medicamentos cubiertos por Medicare. Los afiliados pueden encontrar la lista de medicamentos cubiertos por Medicaid en http://ahca.myflorida.com/medicaid/prescribed_drug/pharm_thera/fmpdl.shtml.

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).

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

- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra *Lista de Medicamentos*.

Sección 3.2

Existen cinco niveles para los medicamentos en la *Lista de Medicamentos*

Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan está en uno de los cinco 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:

- El Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2 incluye los medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos.
- El Nivel 4 incluye los medicamentos de marca no preferidos.
- El Nivel 5 incluye los medicamentos especializados.

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

El monto que paga 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 al 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 la contraportada 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 de nuestro 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 el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener 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 basadas 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 afiliados 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, cubriremos el medicamento de marca si su proveedor nos informa la razón médica por la que el medicamento genérico no funcionará para usted o ha escrito "no sustituir" en la receta para 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 algo 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 ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener del medicamento restringiendo la cantidad de 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 que se describen arriba. 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

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

más actualizada, llame a Servicios para Afiliados (Los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto) o ingrese al 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 el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener 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 la cobertura de su medicamento le brinde buenos resultados. Pero es posible que pudiera existir un medicamento recetado que usted esté tomando actualmente o uno que usted y su proveedor crean que debería tomar que no esté en nuestra lista o que esté pero 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 explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan están sujetos a normas que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría exigir que pruebe primero un medicamento diferente, para ver si funciona, antes de que el medicamento que usted desea tomar tenga cobertura para usted. O pueden existir límites en la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un periodo de tiempo en particular. En algunos casos, tal vez desee que eliminemos la restricción.

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 está en la *Lista de medicamentos* o si tiene algún tipo de restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2

¿Qué se 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 ciertas 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 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 toma **ahora tiene algún tipo de restricción.** (La 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 prolongados (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 durante un máximo de 30 días. Si en su receta figuran menos días, permitiremos que le entreguen múltiples reabastecimientos hasta un máximo de 30 días de medicamento. 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 prolongados (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.** El suministro total estará vigente durante 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. La receta debe abastecerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención prolongada puede proporcionar el medicamento en cantidades más reducidas en determinados momentos para evitar las pérdidas).

- **Para los afiliados que han estado en el plan por más de 90 días, residen en un centro de cuidados prolongados (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:** cubriremos un suministro de 34 días, o menos si su receta indica menos días. Esto se suma al suministro de transición para atención prolongada mencionado antes.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios para Afiliados. (Los números de teléfono aparecen en la contraportada 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 solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 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 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.
- **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, se lo eliminará 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.

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

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

- 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 o a que un nuevo medicamento genérico lo ha 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 lo afectarán.

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

- Si un **medicamento de marca que usted está tomando 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 este periodo de 60 días, deberá trabajar con su proveedor para cambiar su medicamento por un genérico u otro diferente 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.

No pagaremos los medicamentos que estén enumerados en esta sección (salvo ciertos medicamentos excluidos que tienen cobertura según nuestra cobertura de medicamentos mejorada). 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 7.5 en este folleto). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, usted mismo debe pagarlo.

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.

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

- 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 y, para el cáncer, la National Comprehensive Cancer Network y 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 tienen cobertura de Medicare. Sin embargo, es posible que algunos de estos medicamentos tengan cobertura para usted bajo su cobertura de medicamentos de Medicaid o bajo nuestro beneficio de medicamentos mejorados. La lista de medicamentos de Medicaid de Florida puede encontrarse en http://ahca.myflorida.com/medicaid/prescribed_drug/pharm_thera/fmpdl.shtml o puede llamar a Servicios para Afiliados al número que aparece en la contraportada de este folleto.

- 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

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no cubren los planes de medicamentos recetados de Medicare (cobertura de medicamentos mejorada).

- Aplican ciertas restricciones de cantidad en algunos medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos o de los síntomas de resfrío.
- Aplican ciertas restricciones de cantidad en algunas vitaminas recetadas, como el ácido fólico y la Vitamina D 50000 IU.
- Algunos medicamentos para la disfunción eréctil. Viagra, cuatro comprimidos al mes. Cialis, cuatro comprimidos por mes

Sección 8. Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta 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.

Si su receta no está cubierta por el plan, puede que tenga cobertura bajo sus beneficios de Medicaid. Debe mostrar su tarjeta de Medicaid en la farmacia para que se le abastezcan recetas que no tienen cobertura bajo el beneficio de medicamentos recetados de Medicare Parte D.

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 **solicitarlos 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 este capítulo, que le explican las normas para obtener cobertura de medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) se brinda más

información sobre la cobertura de medicamentos y sobre lo que usted paga.

Sección 9.2

¿Qué ocurre si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?

Generalmente, un centro de atención prolongada (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 prolongados, 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 atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no lo fuera, comuníquese con Servicios para Afiliados (los números telefónicos figuran 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. Este primer suministro será por un máximo de 98 días, o menos si su receta indica menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención prolongada 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 por 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

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

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 7.4 le explica qué hacer.

Sección 9.3

¿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 su centro para enfermos terminales 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 termine 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. Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y sobre lo que usted paga.

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 afiliados a fin de garantizar que estén recibiendo una atención segura y apropiada. Estas evaluaciones son especialmente importantes para los afiliados 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

Programa 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, ciertos afiliados tienen varias afecciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y tienen altos costos en medicamentos.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los afiliados. Un grupo de farmacéuticos y médicos lo desarrolló para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados reciban el máximo 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. Se puede hablar sobre cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre 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, notifiquenos y retiraremos su participación en el programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Afiliados (los números de teléfono figuran en la contraportada 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	116
Sección 1.1	Utilice este capítulo y otra documentación que explique la cobertura de sus medicamentos	116
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los medicamentos cubiertos	117
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	117
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de un medicamento para los afiliados de Simply Complete (HMO SNP)?	117
Sección 3.	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	118
Sección 3.1	Le enviaremos un informe mensual denominado " <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> " (Explanation of Benefits, " <i>EOB de la Parte D</i> ")	118
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos	119
Sección 4.	No existe deducible para nuestro plan	120
Sección 4.1	No paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D	120
Sección 5.	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga la suya	120
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento dependerá del medicamento y de la farmacia donde se abastezca la receta	120
Sección 5.2	Esta tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento durante un <i>mes</i>	121
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	122
Sección 5.4	Esta tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días)	123
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	124

Sección 6. Durante la etapa sin cobertura, el plan brinda cierta cobertura para medicamentos 124

Sección 6.1 Usted permanecerá en la etapa sin cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$5,000 124

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para los medicamentos recetados 124

Sección 7. Durante la etapa de cobertura en caso de catástrofe, el plan paga todo el costo de sus medicamentos 126

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 126

Sección 8. Información de beneficios adicionales 126

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 126

Sección 9. Lo que usted paga por las vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 126

Sección 9.1 Nuestro plan tiene una cobertura separada para vacunas de la Parte D y para el costo de aplicación 126

Sección 9.2 Puede llamar a Servicios para Afiliados antes de recibir una vacuna 128

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) para los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

Puesto que tiene elegibilidad para Medicaid, reúne los requisitos para obtener "Ayuda Extra" (Extra Help), que ya recibe, de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos recetados. Puesto que está en el programa de "Ayuda Extra", **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 "Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen 'Ayuda Extra' (Extra Help) para pagar los medicamentos recetados" (denominado también la "Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos" o "LIS Rider"), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Afiliados y solicite el "LIS Rider". (Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en la contraportada 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 explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son de la Parte D – algunos se excluyen de la cobertura de la Parte D en virtud de la ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B o por Medicaid.

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 (formulario) del plan:** 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 la portada de este cuadernillo). 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 informa sobre los tipos de medicamentos recetados que nuestro plan no cubre.
- **El Directorio de Farmacias/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 los detalles.) El *Directorio de Proveedores/ Farmacias* contiene una lista de farmacias que pertenecen a la red del plan. También le explica

qué farmacias en nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de un medicamento (como el abastecimiento de una receta para un suministro de tres meses).

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

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.
- El "**Copago**" significa que usted paga un monto fijo 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 Complete (HMO SNP)?

Como se muestra en la siguiente tabla, existen "etapas de pago del medicamento" para la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare 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.

Etapa 1 Etapa de deducible anual	Etapa 2 Etapa de cobertura inicial	Etapa 3 Etapa sin cobertura	Etapa 4 Etapa de cobertura catastrófica
Puesto que usted recibe "Ayuda Extra" para sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica. (Los detalles figuran en la Sección 4 de este capítulo).	Esta etapa comienza cuando abastece su primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus	Durante esta etapa, usted no pagará nada para los medicamentos de Niveles 1 y 2. Para los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, pagará	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 catastrófica
	medicamentos y usted paga su parte del costo. Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus costos "de bolsillo" hasta la fecha (sus pagos), más los pagos del plan de la Parte D alcancen los \$3,750 (Los detalles figuran en la Sección 5 de este capítulo).	su parte de la distribución de costos de nivel LIS. Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus " gastos de bolsillo " anuales hasta la fecha (sus pagos) alcancen los \$5,000 . Medicare ha establecido este monto y las normas para llegar a dicho monto. (Los detalles figuran en la Sección 6 de este capítulo).	(Los detalles figuran en la Sección 7 de este capítulo).

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* (Explanation of Benefits, "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 de "**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 usted 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 denomina 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 a Servicios para Afiliados (los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Constituyen un registro importante de sus gastos en medicamentos.

Sección 4. No existe deducible para nuestro plan

Sección 4.1

No paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D

Sin deducible para Simply Complete (HMO SNP). Usted comienza en la etapa de cobertura inicial cuando abastece su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre la cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Sección 5. Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus 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 uno de los medicamentos en la *Lista de Medicamentos* del plan se encuentra en uno de los cinco 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:

- El Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2 incluye los medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos.
- El Nivel 4 incluye los medicamentos de marca no preferidos.
- El Nivel 5 incluye los medicamentos especializados.

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 dentro de la red
- Una farmacia minorista de la red que ofrece distribución de costos preferidos
- Una farmacia que no está en la red del plan
- La farmacia de venta por correo 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/Farmacias del plan*.

Por lo general, las recetas se cubren *solo* si se abastecen en una de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen distribución de costos preferidos. Puede ir a farmacias de la red que ofrecen distribución de costos preferidos o a otras farmacias de la red que ofrecen distribución de costos estándar para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser iguales si utiliza una farmacia que ofrezca una distribución de costos estándar o una farmacia que ofrezca una distribución de costos preferidos.

Sección 5.2

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:

- 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 *ya sea* el precio total del medicamento o el monto de copago, *el que sea inferior*.
- Brindamos cobertura para recetas abastecidas en farmacias fuera de la red solo en circunstancias limitadas. *Consulte el* Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre las circunstancias en las que cubriremos una receta abastecida en una farmacia fuera de la red.

Nivel	Distribución de costos estándar o preferida en farmacias minoristas (dentro de la red) (Suministro de 30 días en farmacias minoristas, farmacias de venta por correo de la red o suministro de 34 días en farmacias de centros de atención prolongada)	Distribución de costos fuera de la red ¹ (30 días de suministro)
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0.00 ²	\$0.00 ²
Nivel 2: Genéricos	\$0.00 ²	\$0.00 ²
Nivel 3: De Marca Preferidos	\$0-\$8.35. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga. ²	\$0-\$8.35. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga. ²
Nivel 4: De Marca no Preferidos	\$0-\$8.35. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga. ²	\$0-\$8.35. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga. ²

Nivel 5: Medicamentos Especiales	\$0-\$8.35. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga. ²	\$0-\$8.35. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga. ²
---	---	---

¹. Además de su copago, en cualquier farmacia fuera de la red, usted paga la diferencia entre el cargo real y lo que hubiéramos pagado en una farmacia de la red. Por lo tanto, los montos que usted paga pueden variar en las farmacias que no pertenecen a la red.

². Sus costos pueden ser iguales si utiliza una farmacia que ofrezca una distribución de costos estándar o una farmacia que ofrezca una distribución de costos preferida.

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

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro de un medicamento a largo plazo, hasta de 90 días.

	Distribución de costos estándar o preferida en farmacias minoristas (dentro de la red)¹ (suministro hasta de 90 días)	Distribución de costos en farmacias de venta por correo (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0.00 ²	\$0.00 ²
Nivel 2: Genéricos	\$0.00 ²	\$0.00 ²
Nivel 3: De Marca Preferidos	\$0-\$8.35. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga. ²	\$0-\$8.35. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga. ²
Nivel 4: De Marca no Preferidos	El suministro a largo plazo no está disponible para el nivel de medicamentos 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 especiales.	El suministro a largo plazo no está disponible para el nivel de medicamentos especiales.

¹Estas farmacias selectas aparecen en el directorio de farmacias/proveedores con un asterisco.

²Sus costos pueden ser iguales si utiliza una farmacia que ofrezca una distribución de costos estándar o una farmacia que ofrezca una distribución de costos preferida.

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 de cobertura inicial también se tiene en cuenta para calcular los 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 sin cobertura, el plan brinda cierta cobertura para medicamentos

Sección 6.1

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

Durante esta etapa, no paga un copago para los medicamentos de los Niveles 1 y 2. Para los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, pagará su parte de la distribución de costos de Nivel LIS. Consulte su *LIS Rider* para conocer el monto específico que paga.

Medicare cuenta con normas acerca de lo que se considera y *no* se considera como gastos 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 de cobertura inicial
 - 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.

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:

- 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 recetados de la Parte A o de la Parte B.

- Los pagos efectuados por medicamentos recetados que, normalmente, no están cubiertos en un 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 la Administración para 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 figuran en la contraportada 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. (La Sección 3 en este capítulo se proporciona información sobre este informe). Cuando alcance un total de \$5,000 en gastos 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.** La sección 3.2 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 todo el 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 el costo total de sus medicamentos.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos excluidos de la Parte D. Usted paga un copago de **\$0** para medicamentos excluidos de la Parte D en cada etapa del beneficio de medicamentos recetados, incluida la etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Sección 8. Información de beneficios adicionales

Sección 8.1

Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no cubren los planes de medicamentos recetados de Medicare (cobertura de medicamentos mejorada). No tendrá que pagar nada por estos medicamentos y tendrán cobertura todo el año.

- Aplican ciertas restricciones de cantidad en algunos medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos o de los síntomas de resfrío.
- Aplican ciertas restricciones de cantidad en algunas vitaminas recetadas, como el ácido fólico y la Vitamina D 50000 IU.
- Algunos medicamentos para la disfunción eréctil. Viagra, 4 comprimidos al mes.

Cialis, 4 comprimidos al mes

El monto que usted paga cuando abastece una receta de estos medicamentos no se tendrá en cuenta para tener derecho a la etapa de cobertura en caso de catástrofe. (La Etapa de cobertura de catástrofes se describe en el Capítulo 6, Sección 7, de este folleto)

Puesto que tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que, normalmente, no están cubiertos dentro de un 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 9. Lo que usted paga por las vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 9.1

Nuestro plan puede tener una cobertura separada para vacunas de la Parte D y para el costo de aplicación

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 en el 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 **propia 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 "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 (qué está cubierto)*.
- 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 administra 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 coloque la vacuna, deberá pagar el costo total por la vacuna y por la colocación. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse su parte del costo.
- Otras veces, cuando obtiene la vacuna o se la coloca, 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 de deducible y 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 coloquen una vacuna).

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago o coseguro por la vacuna y el costo de aplicación de 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 cuadernillo (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro o 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 coseguro o copago por la vacuna.
- Cuando su médico le coloca la vacuna, usted paga el costo total por este servicio. Luego, puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo, utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto facturado por el médico por la administración de la vacuna.

Sección 9.2

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 telefónicos de Servicios para Afiliados 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 solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Capítulo 7

Cómo solicitarnos que paguemos
una factura que recibió por los
servicios médicos o
medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibí por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 1.	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos el costo de los servicios o medicamentos cubiertos	131
Sección 1.1	Si usted paga por los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitar que la paguemos	131
Sección 2.	Cómo solicitarnos que le reembolsemos el dinero o que paguemos una factura que usted ha recibido	133
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos la solicitud de pago	133
Sección 3.	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos por sí o por no	133
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos	133
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación	134
Sección 4.	Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias	134
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos las copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo por medicamentos	134

Sección 1. Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos el costo de los servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1

Si usted paga por los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitar que la paguemos

Los proveedores de nuestra red envían las facturas de sus servicios y medicamentos cubiertos directamente a nuestro plan. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos recibidos, debe enviarnos la factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la evaluaremos y decidiremos si corresponde que cubramos los servicios. Si decidimos que debemos pagar, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya ha pagado los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso. (Devolverle el dinero a menudo se denomina "reembolsarle el dinero"). 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. Cuando nos envía una factura que ya ha pagado, la analizaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos están cubiertos. Si decidimos que debemos pagar, le pagaremos el reembolso de los servicios o medicamentos.

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 ha recibido servicios médicos de emergencia o urgentemente necesarios de un proveedor que no forma parte de la red, debe solicitar al proveedor que envíe una factura al plan.

- 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 ya ha pagado por el servicio, se lo reembolsaremos.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por los servicios.

- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíela a nosotros. Nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación del pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reembolsemos por sus servicios cubiertos.

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

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 la contraportada 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 2.5 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 del medicamento que nos corresponde.

7. Cuando recibe atención de emergencia fuera de los Estados Unidos

El plan cubre hasta \$50,000 de atención de emergencia en todo el mundo. Sin embargo, necesitará seguir algunas reglas para solicitar un reembolso:

- Usted deberá pagar los cargos médicos y solicitar el reembolso del plan. El plan considerará un reembolso de hasta el 100 % del monto permitido de Medicare.
- Envíenos la factura desglosada del proveedor o proveedores médicos extranjeros.
- Envíenos una copia de los registros médicos completos relacionados con los servicios.
- Los registros médicos completos y la factura desglosada debe venir traducida al inglés por un traductor certificado.
- Si tiene dudas, comuníquese con Servicios para Afiliados a los números telefónicos enumerados en la portada de este folleto.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento

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

están cubiertos. Esto es realizar una "decisión de la cobertura". Si decidimos cubrir el medicamento o servicio, pagaremos nuestra parte del costo. Si nuestro plan rechaza su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el 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 Department
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174-3460

Comuníquese con Servicios para Afiliados si tiene alguna pregunta (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto). Si usted no sabe el monto que adeuda o si recibe facturas y no sabe qué debe hacer con ellas, podemos ayudarlo. Además, puede comunicarse con nuestro plan si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Sección 3. Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos por sí o por 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 por el servicio. 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. (Capítulo 3 se explican las normas que usted debe seguir para obtener cobertura de servicios médicos. Capítulo 5 se explican 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 de la atención o del medicamento. 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 está en desacuerdo 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 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria en la que se explica el procedimiento para decisiones sobre la cobertura y presentación de apelaciones, y se brindan definiciones de términos como "apelación".

Después de consultar la Sección 5, usted puede pasar a la sección del Capítulo 9 que le explica lo que puede hacer en su situación:

- Si usted quiere presentar una apelación sobre reembolsos por servicios médicos, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3.
- Si quiere presentar una apelación para que le devuelvan el dinero que pagó por un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección 7.5.

Sección 4. Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias

Sección 4.1

En algunos casos, debe enviarnos las copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo por 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.

A continuación se detalla un ejemplo de una situación en las que debería enviarnos las copias de los recibos para informarnos de los pagos que ha efectuado por sus medicamentos:

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.

- 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.
- **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

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

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.

Debido a que usted no está solicitando un pago, esta situación no se considera una decisión 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	138
Sección 1.1	Debemos brindarle información de manera que le sea útil (en idiomas distintos del inglés y en letra grande)	138
Sección 1.2	Debemos brindarle un trato justo y respetuoso en todo momento	138
Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	138
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	139
Sección 1.5	Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos	145
Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	146
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado	147
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si cree que no recibe un trato justo o que sus derechos no son respetados?	148
Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos	148
Sección 2.	Usted tiene responsabilidades como afiliado del plan	148
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	148

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 y en letra grande)

Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, comuníquese con Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos, disponibles para responder las preguntas de los afiliados discapacitados y que no hablen inglés. También podemos brindarle información gratuita en braille, textos con letras grandes u otros formatos alternativos si lo requiere. Es nuestra obligación brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, comuníquese con Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto) o comuníquese con nuestra Coordinadora de Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator), Elayne Williford al 1-877-577-0115.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, comuníquese para presentar una queja formal ante Simply Healthcare Plans Quejas y Apelaciones al 1-877-577-0115 (TTY: 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Desde el 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 una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente

ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura o con este correo, o puede comunicarse con Servicios para Afiliados 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 reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni región 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 a Servicios para Afiliados. (Los números de teléfono 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 la contraportada de este folleto).

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 piensa que no está obteniendo la atención médica que desea o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9, Sección 11 de este folleto se le informa qué puede hacer. (Si hemos negado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 5 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.

Usted puede tener acceso a la información de su expediente y saber cómo se ha divulgado

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 la contraportada de este folleto).

A continuación, se encuentra el Aviso de Prácticas de Privacidad actualizado hasta el 1/1/2017. Este Aviso puede cambiar así que asegúrese de que está viendo la versión más reciente. Puede solicitar la versión actual a Servicios para Afiliados (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto) o verla en línea en nuestro sitio web www.mysimplymedicare.com.

Notificaciones sobre prácticas de privacidad

Cada año, tenemos la obligación de enviarle información específica sobre sus derechos, sus 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, además de los beneficios de salud, dentales y de la visión que pueda tener.

Su información personal

Podemos recopilar, utilizar y divulgar su Información personal (Personal Information, PI) que no es de

carácter público 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 información personal sobre usted a partir 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 darle la opción de no participar en ella, nos comunicaremos con usted. Le informaremos cómo puede hacernos saber que no desea que utilicemos ni divulguemos su información personal para una determinada actividad.

Usted tiene derecho a acceder a su PI y a corregirla. Tomamos las medidas de seguridad razonables para proteger su PI, dado que dicha información se define como aquella que pueda ser usada para efectuar juicios sobre su salud, sus finanzas, su personalidad, sus hábitos y pasatiempos, su reputación, carrera y capacidad crediticia.

Si usted lo solicita, se encuentra disponible una notificación estatal más detallada. Llame al número de teléfono impreso en su tarjeta de identificación. Servicios para Afiliados está disponible desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre.

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. Por ejemplo, contamos con información sobre el pago de la prima y los deducibles. Podemos brindar información a un consultorio médico para confirmar sus beneficios.

Para actividades de atención médica: Utilizamos y divulgamos la PHI 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 el pago de la prima 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 a su proveedor de atención médica, para que usted pueda recibir el tratamiento.

- Podemos usar la información de salud protegida para revisar la calidad de la atención y los servicios que usted recibe.
- Podemos usar la información de salud protegida 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 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 decirnos por escrito que autoriza que demos su información de salud protegida a otra persona por cualquier 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 redundará en su beneficio.

Según lo permita o lo exija la ley: También podremos divulgar tu PHI en otros tipos de 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 especiales del gobierno, en caso de indemnización por accidentes de trabajo, para responder a solicitudes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y para alertar a las autoridades pertinentes si tenemos razones para creer que usted es víctima de maltrato, abandono, violencia en el hogar 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, 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 Medicare Advantage, Medicare Advantage Parte D o Plan de medicamentos recetados de la Parte D, o si un representante o agente lo presenta en su nombre, registramos la dirección del protocolo de Internet (Internet Protocol, IP) desde la cual se envía la solicitud. Usamos esta información como iniciativa para prevenir y detectar fraudes, pérdidas y abusos del 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. Puede retirar su autorización en cualquier momento, por escrito. A partir de ese momento, dejaremos de utilizar su PHI para dicho propósito. Sin embargo, si ya hubiéramos utilizado o divulgado su PHI basándonos en su autorización, no podemos dejar sin efecto las medidas que hayamos tomado antes de que nos informara su decisión.

Información genética: Si utilizamos o divulgamos su PHI con fines evaluativos, está prohibido utilizar o divulgar PHI que sea información genética de un individuo para tales fines.

Raza, origen étnico y lenguaje: 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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

PHI por correo electrónico. Es importante tener en cuenta 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.

- Solicitarnos que corriamos su PHI si considera que falta información o no es correcta. Si otra persona (como su médico) nos proporcionó su PHI, se lo 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 estos pedidos.
- Solicitarnos en forma verbal o escrita que le enviemos su información de salud protegida por otros medios, siempre que sean razonables. Solicitar que enviemos su información de salud protegida a una dirección diferente de la de su hogar, si enviarla a su hogar implicara un peligro para usted.
- Solicitarnos por escrito una lista de determinados puntos de su PHI. 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 desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes (excepto los feriados), desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre. Representantes de Servicios para Afiliados pueden proporcionarle la dirección a la cual enviar la solicitud. Además, pueden entregarle cualquier formulario que tengamos y que le pueda ayudar con este proceso.
- Derecho a solicitar la restricción de servicios que paga de su propio 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 las oficinas seguras en donde conservamos su PHI, computadoras protegidas con contraseña y bloqueando las áreas de almacenamiento y archiveros. Exigimos a nuestros empleados que protejan su PHI mediante políticas y procedimientos por escrito. Estas políticas limitan el acceso a la información de salud protegida solo a aquellos empleados que necesitan los datos para realizar su trabajo.

También se les exige que utilicen un distintivo de identificación, 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.

Posible 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 con usted

Nosotros (y también nuestros afiliados o 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 cree que no hemos protegido su privacidad, puede 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

Llame a Servicios para Afiliados al número que aparece en su tarjeta de identificación. Servicios para Afiliados está disponible desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes (excepto los feriados), desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre. Nuestros representantes pueden ayudarlo a hacer valer sus derechos, presentar un reclamo o pueden brindarle información sobre asuntos de privacidad.

Copias y modificaciones

Tiene 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 información de salud protegida que ya tenemos de usted y a toda información de salud protegida 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 1.º 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 de mamas

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 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 (Women's Health and Cancer Rights Act), puede visitar el sitio web del Departamento Federal de Trabajo en: 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 u otros formatos alternativos).

Si usted necesita cualquiera de los siguientes tipos de información, comuníquese con Servicios para Afiliados. (Los números de teléfono aparecen 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 acerca de la calidad de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra 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 Afiliados. (Los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto). O visite nuestro sitio web en www.mysimplymedicare.com.

- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir al utilizar su cobertura.**

- En el Capítulo 3 y el Capítulo 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 la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 5 y el Capítulo 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 la contraportada de este folleto).

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**

- Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no esté cubierto, 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 debe tenerla, consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo. En él se brindan detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que modifiquemos nuestra decisión. (Capítulo 9 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 cobertura de su atención.** Usted tiene derecho a recibir nuestra explicación si un proveedor le niega 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 instrucciones anticipadas para expresar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si desea proporcionar instrucciones anticipadas, puede solicitar el formulario a su abogado, a su asistente social o en algunas librerías comerciales. A veces, las organizaciones que brindan información sobre Medicare pueden otorgarle los formularios para instrucciones anticipadas.
- **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.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico y a la persona que aparece en el formulario como la designada para tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es aconsejable que también le dé copias a sus amigos cercanos o familiares. 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 KEPRO llamando al 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776) 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) o escriba a KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd, Suite 900, Tampa, FL 33609.

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.

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 la contraportada 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 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program)**. Para obtener más detalles acerca de esta organización y de cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **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)**. 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 Medicare" (Your Medicare Rights & Protections). (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/11534.pdf>).
 - O puede llamar 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 2. Usted tiene responsabilidades como afiliado del plan

Sección 2.1

¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se enumera 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.** Utilice este folleto de *Evidencia de cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - En el Capítulo 3 y el Capítulo 4 se brindan detalles acerca de los servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y el monto que debe pagar.
 - El Capítulo 5 y el Capítulo 6 brindan detalles acerca de la cobertura de 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 7).
- **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.
- **Ayude a sus médicos y demás proveedores proporcionándoles información, haciéndoles 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 proporciónese 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 alguna pregunta, no se olvide de hacerla. Sus médicos y demás proveedores de atención médica están para explicarle las cosas de manera que lo pueda entender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, 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. Para la mayoría de los afiliados de Simply Complete (HMO SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted deberá seguir pagándolas para continuar siendo afiliado del plan.
 - Para obtener la mayoría de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar la parte que le corresponde al momento de adquirir el medicamento. Este monto será un copago (monto fijo). El 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 usted no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Si se le solicita pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar dicha multa para mantener la cobertura de medicamentos recetados.
 - Si se le exige que pague el monto adicional para la Parte D debido al aumento en sus ingresos más alto (como lo reportó en su última declaración de impuestos), 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 número de teléfono figuran en el dorso 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 nuestra área de servicios, tendrá un Periodo Especial de Inscripción donde podrá unirse a cualquier plan Medicare disponible en su nueva área. Le informaremos si tiene un plan en su nueva área.
- **Si se muda dentro del área de servicio, 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 número de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Comuníquese con Servicios para Afiliados para solicitar asistencia si tiene dudas o inquietudes.** 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)

Información general

Sección 1. Introducción	155
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 155
Sección 1.2	¿Qué significan los términos legales? 155
Sección 2. Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales no vinculadas con nosotros	155
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada 155
Sección 3. ¿Qué proceso debe seguir para resolver su problema?	156
Sección 3.1	¿Debe utilizar el procedimiento para beneficios de Medicare o beneficios de Medicaid? 156

Problemas con sus beneficios de Medicare

Sección 4. Resolución de los problemas sobre sus beneficios de <u>Medicare</u>	157
Sección 4.1	¿Debe usar el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones o debe usar el proceso para realizar reclamos? 157
Sección 5. Guía de aspectos básicos de las decisiones sobre la cobertura y apelaciones	157
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: Aspectos generales 157
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación 158
Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo le da detalles para <i>su</i> situación? 159

Sección 6.	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación	160
Sección 6.1	Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos el dinero de su atención	160
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o provea la cobertura de atención médica que desea)	161
Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión sobre la cobertura tomada por nuestro plan)	164
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	166
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?	168
Sección 7.	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación	168
Sección 7.1	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	169
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	170
Sección 7.3	Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones	171
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo Solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción	172
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión sobre la cobertura tomada por nuestro plan)	174
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	176
Sección 8.	Cómo pedir que cubramos una internación en el hospital más extensa si piensa que el médico le está dando el alta demasiado pronto	178
Sección 8.1	Durante la internación, recibirá una notificación escrita de Medicare que le informa sobre sus derechos	178
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	179
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital	181
Sección 8.4	¿Qué sucede si no presenta a tiempo la Apelación de Nivel 1?	182

Sección 9. Cómo pedir que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto	185
Sección 9.1 Esta sección se trata <i>solo</i> de 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)	185
Sección 9.2 Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura	185
Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su atención por más tiempo	186
Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que el plan cubra su atención por más tiempo	188
Sección 9.5 ¿Qué sucede si no presenta a tiempo la Apelación de Nivel 1?	189
Sección 10. Cómo elevar su apelación al nivel 3 y a niveles superiores ...	191
Sección 10.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para servicios médicos	191
Sección 10.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para medicamentos de la Parte D	192
Sección 11. Cómo realizar reclamos sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, Servicio de Atención al Cliente y otras preocupaciones	193
Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de reclamos?	193
Sección 11.2 La manera formal de referirse a la “presentación de un reclamo” es “presentar una queja formal”	196
Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar un reclamo	196
Sección 11.4 También puede realizar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad	197
Sección 11.5 Puede informar a Medicare sobre su reclamo	197
Problemas con sus beneficios de <u>Medicaid</u>	
Sección 12. Resolución de los problemas sobre sus beneficios de <u>Medicaid</u>	197

Información general

Sección 1. Introducción

Sección 1.1

Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican los procedimientos para resolver problemas e inquietudes. El procedimiento que utilice para resolver su problema depende de dos cosas:

1. Cuando su problema se trata de los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para saber si tiene que usar el procedimiento de Medicare o el procedimiento de Medicaid o ambos, comuníquese con Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto).
2. Su tipo de problema:
 - 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**.

Estos 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? 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, brindarle más información u ofrecerle orientación acerca de lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono 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 siete 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>).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

En Florida:

Florida Agency for Health Care Administration

Llame al: 1-888-419-3456

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

Sección 3. ¿Qué proceso debe seguir para resolver su problema?

Sección 3.1

¿Debe utilizar el procedimiento para beneficios de Medicare o beneficios de Medicaid?

Puesto que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, cuenta con distintos procedimientos que puede utilizar para resolver su problema o inquietud. El proceso que utilice depende de si el problema se trata de los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para saber si tiene que usar el procedimiento de Medicare o el procedimiento de Medicaid o ambos, comuníquese con Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

Los procedimientos para Medicare y Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para

saber qué parte debe leer, consulte la tabla a continuación.

<p>Para identificar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud, comience aquí: ¿Su problema se relaciona con sus beneficios de Medicare o de Medicaid? (Si desea obtener ayuda para saber si su problema tiene que ver con los beneficios de Medicare o Medicaid, comuníquese con Servicios para Afiliados. Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en la contraportada de este folleto.)</p>	
<p>Mi problema tiene que ver con los beneficios de Medicare. Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 4, “Resolución de problemas sobre sus beneficios de Medicare”.</p>	<p>Mi problema tiene que ver con los beneficios de Medicaid. Pase a la Sección 12 de este capítulo, “Resolución de problemas sobre sus beneficios de Medicare”.</p>

Problemas con sus beneficios de Medicare

Sección 4. Resolución de los problemas sobre sus beneficios de Medicare

Sección 4.1

¿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 tabla a continuación lo ayudará a

encontrar la sección adecuada de este capítulo para los problemas o quejas relacionados con sus **beneficios cubiertos por Medicare**.

<p>Para identificar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de Medicare, utilice este cuadro: ¿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).</p>	
Sí	No
<p>Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura. Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 5, “Guía de aspectos básicos de las decisiones sobre la cobertura y apelaciones”.</p>	<p>Mi problema <u>no</u> está relacionado con los beneficios ni la cobertura. Pase a la Sección 11 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>

Sección 5. Guía de aspectos básicos de las decisiones sobre la cobertura y apelaciones

Sección 5.1

Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: Aspectos generales

El procedimiento para decisiones sobre la cobertura y presentación de apelaciones trata los problemas

relacionados con sus beneficios y la cobertura para 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. Tomamos una decisión sobre la cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. Por ejemplo, el 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.

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 5.2

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:

- Puede **llamar a Servicios para Afiliados** (los números de teléfono aparecen en la contraportada 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 proveedor 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 proveedor, u otra persona como su representante, comuníquese con Servicios para Afiliados (los números telefónicos aparecen impresos 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.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>.) 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 su 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 5.3

¿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:

- **La Sección 6** de este capítulo, "*Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación*"
- **La Sección 7** de este capítulo, "*Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación*"
- **La Sección 8** de este capítulo, "*Cómo solicitarnos cobertura para una internación más prolongada si cree que el médico le quiere dar el alta demasiado pronto*"
- **La Sección 9** de este capítulo, "*Cómo solicitarnos que nuestro plan prolongue la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza 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 consultar, llame a Servicios para Afiliados. (Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa Estatal de Asistencia sobre seguros médicos (State Health Insurance Assistance Program). (El Capítulo 2, Sección 3 de este folleto, tiene los números telefónicos de este programa).

Sección 6. Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? De lo contrario, es recomendable que la lea antes de comenzar a leer esta sección.

Sección 6.1

Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos el dinero 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 (Qué está cubierto)*. 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 de centro de enfermería especializada o un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, 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 8: *Cómo pedir que cubramos una internación en el hospital más extensa si piensa que el médico le está dando el alta demasiado pronto.*
- El Capítulo 9, Sección 9: *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 una notificación de suspensión de la atención médica que ha estado recibiendo, utilice esta sección (Sección 6) como guía sobre qué debe 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 6.2 .
¿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 6.3 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 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2

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 llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para solicitar que autoricemos o brindemos la cobertura de 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 el tema titulado *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre la cobertura o medicamentos recetados de 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 beneficiarlo. Si decidimos demorarnos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. 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 procedimiento para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le otorguemos 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 reevaluación. Si decidimos demorar más días, se lo comunicamos por escrito.
 - Si cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información acerca del procedimiento para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 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 11 de este capítulo).

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

Los plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- 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 demorar más días, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Al realizar un reclamo rápido, nuestro plan le brinda una respuesta dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del procedimiento para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 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 6.3 a continuación se explica 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.

Los plazos para una decisión de 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 demorar más días, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Al realizar un reclamo rápido, nuestro plan le brinda una respuesta dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del procedimiento para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 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 6.3 a continuación se explica 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 nuestro plan rechaza su solicitud de cobertura de atención médica, usted decidirá si desea 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 6.3 a continuación).

Sección 6.3

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 salud requiere una respuesta rápida, debe pedir 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 llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación o medicamentos recetados de 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 presente una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de 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 a los números de teléfono que aparecen en la contraportada de este folleto y solicite el formulario de "Designación de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare, en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>.) 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, y busque el tema titulado, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación o medicamentos recetados de 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.

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

- 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 procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que se aplican para obtener una "decisión de cobertura rápida". 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 revisamos 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.
- Recopilamos 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 calendario 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 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 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 demorar más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

- Si cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Al realizar un reclamo rápido, nuestro plan le brinda una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información acerca del procedimiento para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 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 adicionales), 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 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 6.4

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación 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 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 proporcionarle 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 de 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 de 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 nuestro plan 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 seguir adelante y presentar otra apelación de 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 de Nivel 2 es rechazada, y usted 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 10 en este capítulo se brindan más detalles sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 6.5

¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos una factura que usted recibió por atención médica?

Si quiere que paguemos la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto, *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las que puede necesitar solicitar un reembolso o pagar 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 para solicitarnos un reembolso, está solicitando que tomemos una decisión sobre la cobertura. (Para obtener más información acerca de las decisiones sobre la cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificamos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. Consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*.

También verificamos si siguió todas las normas para utilizar la cobertura de atención médica. (*Estas normas están desarrolladas 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 usted pagó está cubierta, y si respetó todas las normas, le enviaremos el pago de la atención médica que recibió dentro de los 60 días calendario de haber recibido 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.

To make this appeal, follow the process for appeals that we describe in Section 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 nos 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 7. Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? De lo contrario, es recomendable que la lea antes de comenzar a leer esta sección.

Sección 7.1

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 obtener más información acerca de lo que significan los medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, normas y restricciones de cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Como ya hemos comentado en la Sección 5 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)
- Nos consulta sobre la cobertura de un medicamento y si usted cumple con las normas aplicables de cobertura. (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?	
Si usted se encuentra en esta situación:	Puede hacer lo siguiente:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos 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 7.2 de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra lista de medicamentos y considera que cumple con las normas o restricciones (por ejemplo, obtener aprobación previa) para obtener el medicamento que necesita?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Vaya a la Sección 7.4 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 7.4 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 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2

¿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 dos ejemplos de excepciones que usted o su médico 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 a veces se llama "**excepción al formulario**".

- En caso de que aceptemos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no figura en la lista

de medicamentos, usted deberá pagar el monto de distribución de costos que se aplica al Nivel 2: Genéricos; Nivel 4: De Marca no Preferidos. No podrá solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

- 2. Que eliminemos una restricción en la cobertura de un medicamento cubierto.** Existen otras normas y restricciones que se aplican a ciertos medicamentos incluidos 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.

Sección 7.3

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 registrará 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. *La sección 7.5 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 7.4

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, debido a su estado de salud, necesita una respuesta rápida, deberá solicitarnos que tomemos una "decisión rápida sobre la 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 solicite una decisión sobre la cobertura*. O, si nos solicita que le hagamos un reembolso por un medicamento, vaya al tema titulado *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. Sección 5 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 una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En 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 proveedor 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 la Sección 6.2 y la Sección 6.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud incluida en el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de la Cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le otorguemos una decisión rápida sobre la cobertura

Términos legales	Una "decisión rápida sobre la cobertura" se denomina " determinación expeditiva 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 sobre la cobertura.
 - 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 informa cómo presentar un reclamo "rápido", es decir, una respuesta a su

reclamo dentro de las 24 horas de haberlo recibido. (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 reclamos, consulte la Sección 11 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 después 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 nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es positiva,** debemos proveer la cobertura que nos comprometimos a proveer dentro de 24 horas de recibida su apelación o la declaración del médico que respalde 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 todavía 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 después 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 nuestro plan rechaza su solicitud de cobertura, usted decidirá 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 7.5

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 salud requiere una respuesta rápida, debe pedir 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, por propósitos relacionados con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación*.

- **Para solicitar una apelación estándar, presente la apelación enviando una solicitud escrita.**
- **Si usted está solicitando una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o llamándonos** al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación*.
- **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. 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 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.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos legales	Una "apelación rápida" también se denomina "redeterminación expeditiva".
-------------------------	--

- 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 7.4 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 rechazamos 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 7.6

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 llama "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.** Se nos permite 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 en el Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta, en todo o en parte, su solicitud,** deberemos proporcionarle la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una apelación "estándar" de 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. No obstante, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que usted solicita deberá alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no podrás 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 de Nivel 2 es rechazada, y usted 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 10 en este capítulo se brindan más detalles sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8. Cómo pedir que cubramos una internación en el hospital más extensa si piensa que el médico le está dando 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 (Qué está cubierto)*.

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 8.1

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, llame a Servicios para Afiliados. Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en la contraportada de este folleto. También puede llamar 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.

1. Lea esta notificación atentamente y, si no comprende, haga las preguntas que considere necesarias. 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 acceder a ellos.
- 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.

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. También lo puede consultar en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.html.

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 8.2 a continuación se explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).*

Sección 8.2

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitarnos 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.

2. Debe firmar la notificación escrita para indicar que la recibió y que entendió sus derechos.

- Usted o una persona que actúe en su representación debe firmar la notificación. (La Sección 5 de este capítulo explica cómo puede otorgar un 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

- **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 la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios para Afiliados (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre seguros médicos (State Health Insurance Assistance Program), una organización gubernamental 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. Verificamos 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 tu estado y solicite una "revisión rápida" del alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

Una "revisión rápida" también se denomina "revisión inmediata".

¿Qué es la Organización de Mejora de Calidad?

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 de Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization) 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**. (Su "fecha planificada para el alta" es la fecha que se establece para que deje 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.

- 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 el Mejoramiento de la Calidad por su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. *Para obtener más detalles sobre esta otra forma de hacer su apelación, consulte la Sección 8.4.*

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 el Mejoramiento 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.
- Los revisores también evaluarán su información médica, 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 indica la fecha planificada para el alta y se explican los motivos por los que el médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente adecuado) que usted 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 de teléfono figuran 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. También puede obtener una notificación 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 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 significa que continuará con el Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 8.3

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization) rechaza la apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere la decisión que tomó respecto de su primera apelación. Si la Organización de Revisión Independiente 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 el Mejoramiento 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 el Mejoramiento 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.
- En la notificación que usted 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, tendrá que decidir si quiere llevar su apelación al siguiente nivel, es decir el 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.
- Sección 10 en este capítulo se brindan más detalles sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.4

¿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 8.2, 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 se comunica a tiempo con esta organización, puede presentar su apelación de otra forma.

Si presenta su apelación de esta otra forma, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo realizar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, usted puede hacer una apelación a nuestro plan, solicitando 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 el tema titulado *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación.*
- **Asegúrese de pedir 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 "estándar".

Paso 2: Llevamos a cabo una revisión "rápida" de la fecha planificada para el 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 la que le avisamos que su cobertura finalizaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la 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. Sección 11 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 dentro de las 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. Además debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios

mientras sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones en la cobertura, éstas 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 la apelación de nivel 2, puede optar por aceptar la decisión o pasar al nivel 3 y realizar una tercera apelación.
- Sección 10 en este capítulo se brindan más detalles sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9. Cómo pedir que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1

Esta sección se trata *solo* de tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada, y servicios en un centro de rehabilitación integral de paciente ambulatorio (CORF)

En esta sección, se trata acerca de 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 palabras 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 palabras 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 (Qué está cubierto)*.

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 el 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 9.2

Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura

1. **Recibirá una notificación escrita.** Usted recibirá un aviso al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado.
 - 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 9.3 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 a Servicios para Afiliados (los números de teléfono figuran 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. También 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. (La Sección 5 explica cómo puede otorgar permiso por escrito para que otra persona lo represente).
- 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 9.3**Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su atención por más tiempo**

Si desea solicitarnos que cubramos la atención durante un período 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. Sección 11 de este capítulo, se explica cómo hacer un reclamo).
- Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Afiliados. (Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre seguros médicos (State Health Insurance Assistance Program), una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada. (Consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante la apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento 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 de Mejora de Calidad?

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. Ellos verifican la calidad de la atención recibida por personas con Medicare y revisan las decisiones del plan respecto de cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención de la salud.

¿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 el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization) de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

Solicite a esta organización una "apelación por vía rápida" (que realice una revisión independiente) de si es médicamente adecuado que cancelemos la cobertura de los servicios médicos que recibe.

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 el Mejoramiento 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 9.5.

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 el Mejoramiento 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 les ha brindado.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, también recibirá una notificación escrita en la que se explican 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. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan la apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos comunicado.** 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 significa que continuará con el "nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 9.4

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que el plan cubra su atención por más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento 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 en el Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento 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 el Mejoramiento 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 dice que sí a 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.
- 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 usted 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 adicionales 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 esa decisión, o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez revisa su apelación.
- Sección 10 en este capítulo se brindan más detalles sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5

¿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 9.3, usted debe comunicarse rápidamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a fin de iniciar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo).

Si no se comunica a tiempo con esta organización, puede presentar su apelación de otra forma. Si presenta su apelación de esta otra forma, *los dos primeros Niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

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 el tema titulado *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Asegúrese de pedir 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 “estándar”.

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. Controlamos 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 le dijimos y no pagaremos 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. La Sección 11 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 dentro de las 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, éstas 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 adicionales de apelación después del Nivel 2, para 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 una tercera apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 10 en este capítulo se brindan más detalles sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 10. Cómo elevar su apelación al nivel 3 y a niveles superiores

Sección 10.1

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 que trabaja para el Gobierno

Federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina "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 proveerle el servicio dentro de los

60 días calendarios posteriores a recibir 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. Esperamos la decisión sobre la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.

▪ **Si el Juez de Derecho Administrativo no acepta 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* estar 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 10.2

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 federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina "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 de Medicare 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 declina 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.

Apelación de nivel 5

Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

Sección 11. 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 es la adecuada para usted*. En cambio, deberá utilizar el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1

¿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 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. A continuación, se describen algunos ejemplos de las clases de problemas que se resuelven mediante el proceso de reclamo.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede realizar un reclamo.

Queja	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 debe ser confidencial?
Falta de respeto, Servicio de Atención al Cliente deficiente u otros aspectos negativos	<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?
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? ▪ 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"> ▪ ¿No está satisfecho con la higiene o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio 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 y la oportunidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones)	El proceso para solicitar una decisión sobre la cobertura y realizar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si usted desea solicitar una decisión o presentar una apelación,

Queja	Ejemplo
	<p>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 respondemos 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 "apelación rápida" y nuestra respuesta a dicha solicitud es negativa, puede presentar un reclamo. ▪ Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para brindar una decisión de 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 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 11.2

La manera formal de referirse a la “presentación de un reclamo” es “presentar una queja formal”

Términos legales Lo que en esta sección se denomina “reclamo” también se conoce como “queja formal.” Otro término para “realizar un reclamo” es “presentar una queja.” Otra manera de decir “usar el proceso para reclamos” es “usar el proceso para presentar una queja.”

Sección 11.3

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.** Si debe hacer otra cosa, Servicios para Afiliados se lo informará. Puede comunicarse con nosotros llamando al 1-877-577-0115. Si utiliza un dispositivo TTY, llame al 711. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Desde el 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:** 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 al Miembro 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 negamos su solicitud de decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, automáticamente le aceptaremos un reclamo rápido.** Si usted presenta un reclamo “rápido”, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**

Términos legales Lo que en esta sección se denomina “reclamo rápido” también se conoce como “queja formal expeditiva”.

Paso 2: Nuestro plan evalúa su reclamo y le da 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 comunicamos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con todo o parte de su reclamo o no asumimos responsabilidad por el

problema por el que se queja, se lo haremos saber. En nuestra respuesta se incluirán nuestras razones. Debemos brindarle una respuesta, ya sea que aceptemos o no su reclamo.

plan y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 11.5

Sección 11.4

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

Puede informar a Medicare sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo acerca de Simply Complete (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.

Problemas con sus beneficios de Medicaid

Sección 12. Resolución de los problemas sobre sus beneficios de Medicaid

Dado a que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, el plan revisará primero su problema o queja de conformidad con el proceso descrito anteriormente en este capítulo. Además, puede iniciar quejas formales y apelaciones relacionadas con los servicios cubiertos de Medicaid comunicándose con la oficina de Medicaid de su estado, que incluye tener una Audiencia Imparcial de Medicaid y/o solicitar una revisión al Programa de Asistencia al Beneficiario.

Consulte el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto para obtener información de contacto de la oficina de Medicaid de su estado.

Capítulo 10

Cómo finalizar su membresía en
el plan

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

Sección 1.	Introducción	200
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en cómo terminar su membresía en nuestro plan	200
Sección 2.	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	200
Sección 2.1	Puede finalizar su membresía en cualquier momento.	200
Sección 2.2	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía?	201
Sección 3.	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	201
Sección 3.1	Generalmente, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan	201
Sección 4.	Hasta que termine su membresía, deberá continuar adquiriendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	203
Sección 4.1	Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo afiliado de nuestro plan	203
Sección 5.	El plan debe finalizar su membresía en determinadas situaciones	203
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?	203
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud	204
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si ponemos fin a su membresía en nuestro plan	204

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. La Sección 2 explica los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comienza la inscripción de su nueva cobertura.
 - 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. La Sección 5 le explica sobre 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 finalizar su membresía en cualquier momento.

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan en cualquier momento.

- **¿Cuándo puede finalizar su membresía?** La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solamente durante determinados momentos del año. Sin embargo, puesto que recibe asistencia de Medicaid **puede finalizar 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 de Medicare:
 - 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.
 - 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 por un periodo continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a 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).
 - Comuníquese con su Oficina Estatal de Medicaid para obtener información sobre sus opciones de plan Medicaid (los números de teléfono figuran en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).
- **¿Qué vigencia tiene su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en un nuevo plan también comenzará este día.

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 la contraportada 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.
- 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.

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 pero no ha seleccionado 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 el Servicios para Afiliados si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).
- --o-- puede comunicarse con 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.

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"> ▪ Insíbase en el nuevo plan de salud de Medicare en cualquier momento. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. ▪ 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 en cualquier momento. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. ▪ 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"> – 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. – Si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envíenos por escrito una solicitud para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo hacerlo. (Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). ▪ También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete 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.

Para realizar preguntas sobre sus beneficios de Florida Medicaid, comuníquese con Florida Agency for Health Care Administration al 1-888-419-3456, 1-800-955-8771 De 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afecta su cobertura de Florida Medicaid.

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, incluidos los servicios de farmacia de venta por correo.
- **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. El plan debe finalizar su membresía 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 tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si deja de ser elegible para Medicaid. Como se explica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está destinado a las personas que son elegibles para recibir Medicare y Medicaid. Si pierde la elegibilidad para la asistencia de Medicaid, ya no cumplirá con los requisitos de elegibilidad de nuestro plan. Su membresía en este plan finalizará después del período de gracia. Cuando se nos notifique que usted ya no es elegible para la asistencia de Medicaid, recibirá una carta con una explicación del motivo por el cual debemos cancelar su inscripción en nuestro plan si no recupera su elegibilidad para la asistencia de Medicaid dentro del periodo de gracia.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicios por 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 servicios de nuestro plan. (Los números telefónicos de Servicios para Afiliados aparecen en la contraportada de este folleto.)
- 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 los requisitos que debe reunir para formar parte de 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 debe pagar el monto adicional de la Parte D a causa de sus ingresos y no lo hace, Medicare anulará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios para Afiliados** para obtener más información. Los números telefónicos se encuentran en el dorso de este folleto.

Sección 5.2

No podemos pedirle que abandone nuestro 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 siete 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. También puede leer el Capítulo 9, Sección 11 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

Capítulo 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Sección 1. Aviso sobre las leyes vigentes	207
Sección 2. Aviso de no discriminación	207
Sección 3. Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	207
Sección 4. Otros avisos legales	207

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 responsabilidades, 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 los 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, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de 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 Complete (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 su 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 no más de seis 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 quizás 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 se encuentra disponible desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Desde el 15 de febrero, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. 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 en vida" y "poder legal para la 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 su 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). En el Capítulo 2 de este cuadernillo 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, pagarse antes de que se pague cualquier otro reclamo suyo. Nuestros derechos de subrogación 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 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 cuando 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, 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, es específica de una región geográfica (por ej., un 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 usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de servicios de atención médica o de medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. 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. En el 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 sanitario a domicilio: los asistentes sanitarios a domicilio brindan servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, ayuda para bañarse, utilizar el baño, vestirse o realizar los ejercicios que le indicaron). 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.

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.

Centro para enfermos terminales: un afiliado que tiene 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir atención en un centro para enfermos 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. Podrá seguir haciendo uso de todos los servicios médicamente necesarios así como también de los beneficios complementarios que ofrecemos. Los centros para enfermos terminales proveerán tratamientos especiales para su estado.

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. En el Capítulo 2 se 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 pagar, en promedio, al menos igual a 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 después de pagar cualquier deducible. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

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 costo "de bolsillo" del afiliado.

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". En el 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". En el 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 un 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. 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): ciertos equipos médicos que indica el 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: 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 cubierto.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa que transcurre antes de que alcance el límite de gastos de bolsillo anual de \$3,750.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: Este documento, junto con su formulario de suscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional, u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos, y lo que usted 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.

Indicación medicamento aceptada: se refiere a que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) o respaldado por ciertos

libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada.

Individuo de elegibilidad doble: una persona que reúne los requisitos para tener la cobertura de Medicare y Medicaid.

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 la cantidad: herramienta de administración diseñada para limitar, por razones de calidad, seguridad o utilización, el uso de medicamentos seleccionados. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de Medicamentos): Lista de los Medicamentos recetados que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

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 de la salud 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 cumplen 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 federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y para personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiera diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare 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 Medicare Parte B (seguro médico) y Medicare de medicamentos recetados de Medicare. Este monto adicional se denomina el 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 de la Parte A y B. Los montos que paga por las primas de Medicare Parte A y Parte B, y los medicamentos recetados no se aplican al cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. (Nota: Puesto que nuestros afiliados también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan alguna vez este máximo de bolsillo). Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información acerca de su monto máximo de gastos de bolsillo.

Multa por inscripción tardía a 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 Extra" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, usted no pagará multa por inscripción tardía a la Parte D. Si alguna vez pierde su subsidio de bajos ingresos ("Ayuda Extra"), estará sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez ha faltado a la cobertura de medicamentos recetados durante 63 días o más.

Niveles de distribución de costos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se incluye en

uno de 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 la Mejora 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 a lo largo y a lo ancho de 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 de beneficios: la forma que utiliza 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 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 gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto a sus gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud 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 (Programs 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 intermedios para discapacitados mentales (Intermediate Care Facility for the Mentally Retarded, 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 LTC debe tener una relación contractual con (o poseer y operar) los centros LTC específicos.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado 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 un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), un plan de 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 de 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 de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden las compañías aseguradoras privadas para cubrir las brechas que deja 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 y/o de medicamentos recetados.

Programa de descuentos durante la etapa sin cobertura de Medicare: programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los afiliados de la Parte D que hayan llegado a la etapa sin cobertura y que todavía no reciben "Ayuda Extra". 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 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.

Proveedor de la red: proveedor es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de la atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que cuentan con licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar 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 a usted 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 este cuadernillo, en el Capítulo 3.

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 *solamente* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y los Servicios para Afiliados que usted recibe. Consulte también Queja Formal en esta lista de definiciones.

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 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: servicios urgentemente necesarios provistos para tratar enfermedades que no son de emergencia, enfermedades imprevistas, lesiones o afecciones que requieren atención médica inmediata. 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.

Tasa diaria de distribución de costos: puede aplicarse una "tasa 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 Complete (HMO SNP) Servicios para Afiliados

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 siete 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 siete 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 - Member Services
9250 W. Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174-3460

Sitio web: www.mysimplymedicare.com

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) (Programa Estatal sobre Seguros de Salud (SHIP, State Health Insurance Program))

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a personas con Medicare.

Llame al: 1-800-963-5337

TTY: 1-800-955-8770. 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.

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 algún comentario o recomendación de mejora de este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.