Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios, servicios de salud y cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas acerca de este documento, contacte a Servicios para los miembros al 1-800-431-9007. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.. Esta llamada es gratis.

Este plan, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), es ofrecido por Health Net Community Solutions, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a Health Net Community Solutions, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español, chino, coreano, vietnamita, árabe y farsi. Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en audio, en braille, en formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para los miembros si necesita información del plan en algún otro formato.

Los beneficios, los y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

Es posible que el formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores cambie(n) en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas afectadas al menos con 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y sus derechos. Utilice este documento para comprender:

- la prima de su plan y el costo compartido;
- sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o un tratamiento;
- cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda; y,
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)
CA4CNCEOC32823S_0009
H3561_009_2024_CA_EOC_DSNP_126983S_C
H3561009000

Según una revisión del Modelo de atención, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para operar un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) a lo largo de 2024.

Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Wellcare By Health Net follows State and Federal civil rights laws. Wellcare By Health Net does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Wellcare By Health Net provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Wellcare By Health Net by calling **1-800-431-9007**. Between October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays. If you cannot hear or speak well, please call **TTY 711**. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Wellcare By Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007 (TTY: 711)

How to File a Grievance

If you believe that Wellcare By Health Net has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with Member Services. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Wellcare By Health Net's Civil Rights Coordinator by calling **1-866-458-2208**. Between 8 a.m. and 5 p.m., Monday through Friday. Or, if you cannot hear or speak well, please call TTY 711.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
  Wellcare Civil Rights Coordinator
  P.O. Box 9103
  Van Nuys, CA 91409-9103
- **In person:** Visit your doctor's office or Wellcare By Health Net and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit Wellcare By Health Net's website at **wellcare.com/healthnetCA**.

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY 711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  Complaint forms are available at **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.
- **Electronically:** Send an email to **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201
  Complaint forms are available at **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.
- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

Arabic (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Armenian (Հայերեն): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007**（TTY：**711**）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007**（TTY：**711**）。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。我們也爲殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。這些服務爲免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

Japanese (**日本語**): 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007**（TTY：**711**）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。**1-800-431-9007**（TTY：**711**）までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Korean (한국어): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY:**711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian (**ພາສາລາວ**): ສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY:**711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien (Mienh): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatc lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **(TTY:711)**। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **(TTY: 711)**। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

Thai (ภาษาไทย): **โปรดทราบ**: **หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-800-431-9007** (TTY:**711**) **นอกจากนี ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารทีเป็นอักษรเบรลล์และเอกสารทีใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร 1-800-431-9007** (TTY: **711**) **บริการเหล่านีไม่มีค่าใช้จ่าย**

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

Evidencia de cobertura de 2024

Índice

Capítulo 1: *Primeros pasos como miembro*.....13

SECCIÓN 1 Introducción 13

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 14

SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá 16

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 18

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 21

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro 21

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 22

Capítulo 2: *Números de teléfono y recursos importantes*.....25

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros) 25

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 30

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 32

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 33

SECCIÓN 5 Seguro Social 33

SECCIÓN 6 Medicaid 34

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 36

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 40

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador? 41

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros.....43

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener cobertura de atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 43

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios 45

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 49

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 52
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 53
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 54
SECCIÓN 7 Normas para la posesión del equipo médico duradero 55

Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)* 59
SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos 59
SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios* para averiguar qué es lo que está cubierto 59
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera del plan? 117
SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 117

Capítulo 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* 123
SECCIÓN 1 Introducción 123
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 124
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan 129
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 130
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 132
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 134
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 137
SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta 138
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 138
SECCIÓN 10 Programas para la seguridad del uso seguro y el control de medicamentos 140
SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 142

Capítulo 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* 146

Capítulo 7: *Cómo puede solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos* 148

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 148
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 151
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si la pagaremos o no 152

Capítulo 8: *Sus derechos y responsabilidades* 154
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan 154
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 163

Capítulo 9: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 166
SECCIÓN 1 Introducción 166
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 167
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 168
SECCIÓN 4 Manejo de problemas con sus beneficios de Medicare 169
SECCIÓN 5 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 170
SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 173
SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 181
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto 190
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 197
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 203
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 206
SECCIÓN 12 Cómo manejar sus problemas con sus beneficios de Medicaid 210

Capítulo 10: *Cancelación de su membresía en el plan* 212
SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan 212
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 212
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 215
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos y su atención médica y medicamentos a través de nuestro plan 217

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 217

Capítulo 11: *Avisos legales*.....220

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 220

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 220

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 220

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan a través de su plan Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 221

SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro 223

SECCIÓN 6 Contratistas independientes 223

SECCIÓN 7 Fraude al plan de salud 223

SECCIÓN 8 Circunstancias ajenas al plan 224

Capítulo 12: *Definiciones de palabras importantes*.....226

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales) (Special Needs Plan)

Usted tiene cobertura por ambos, Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente).
- **Medicaid** es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los gastos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Original Medicare.

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Nuestro plan está diseñado para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a la asistencia de California Medi-Cal (Medicaid).

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid para el costo compartido de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro) es posible que no pague nada por los servicios de atención médica de Medicare. California Medi-Cal (Medicaid) también puede ofrecer otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que, por lo general, no cubre Medicare. Usted también recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. Nuestro plan administrará todos estos beneficios por usted de manera que obtenga los servicios de atención médica y asistencia con pagos a los que tiene derecho.

Nuestro plan es administrado por una compañía privada. Como todos los planes de Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid California para coordinar sus beneficios California Medi-Cal (Medicaid). Nos complace brindarle cobertura médica de Medicare incluida la cobertura para medicamentos con receta.

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act,

ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y medicamentos con receta de Medicare. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención médica, los servicios médicos y los medicamentos con receta que están a su disposición como miembro de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan, desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan dentro del área de servicio en la que usted se encuentra u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- -- *y* -- Usted viva en nuestra área geográfica de servicio. (La Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- -- *y* -- sea ciudadano estadounidense o tenga presencia legal en los Estados Unidos.
- -- *y* -- Usted cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y ser beneficiario total de Medicaid para recibir asistencia con los costos compartidos bajo Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener dentro de 6 mes(es), entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un periodo de supuesta elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos de Medicaid a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que se considera como ingreso y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y el costo de los servicios. Los estados también deciden cómo administrar sus programas siempre y cuando cumplan las pautas federales.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+)**: ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Los beneficiarios elegibles también son beneficiarios totales de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+)**: ayuda a pagar las primas de la Parte B. Los beneficiarios elegibles también son beneficiarios totales de Medicaid.
- **Beneficiario Doble Elegible para Beneficios Completos (FBDE):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro, y copagos). Los beneficiarios elegibles también son beneficiarios totales de Medicaid.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio para Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Orange, Riverside, San Bernardino, y San Diego.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Al mudarse, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

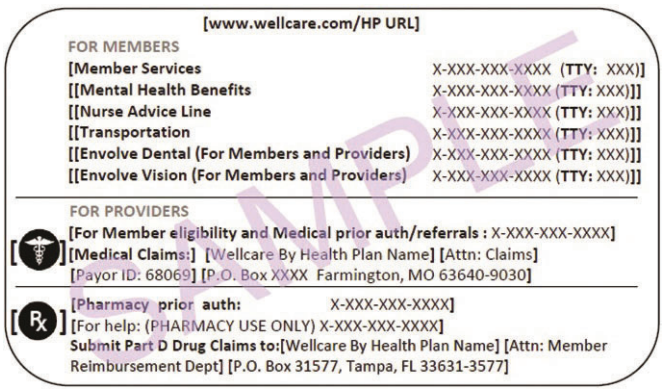
Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe enseñarle su tarjeta de California Medi-Cal (Medicaid) al proveedor. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:





NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de membresía de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados, también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista actualizada de los proveedores y las farmacias de nuestra red. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Un grupo médico es una asociación de médicos, incluidos proveedores de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) y especialistas, y otros proveedores de salud, incluidos hospitales, que tienen un contrato con un plan para prestar servicios a las personas inscritas.

Debe utilizar proveedores dentro de la red para recibir atención médica y servicios.

Es posible también que tenga que utilizar proveedores que estén dentro del grupo médico/Asociación de Prácticas Independientes (IPA) de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Si desea consultar con un proveedor que no esté dentro del grupo médico/IPA de su proveedor de atención primaria, es posible que tenga que cambiar de proveedor de atención primaria. Además, puede quedar limitado a los proveedores que estén dentro de la red de su proveedor de atención primaria y/o de su grupo médico. Esto significa que el proveedor de atención primaria y/o el grupo médico que elija puede determinar los especialistas y hospitales que usted puede utilizar. Una asociación de prácticas independientes es una asociación de médicos que incluye proveedores de atención primaria y especialistas, así como otros proveedores de atención médica, tales como hospitales, y que tiene un contrato con el plan para brindar servicios a los miembros. Si acude a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar por completo. Las únicas excepciones son los casos de emergencia, los servicios de urgencia cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una (en formato electrónico o impreso) a través de Servicios para los miembros. Las solicitudes de *Directorios de proveedores y farmacias* en papel se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. Puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información de nuestros proveedores de la red, incluso su capacitación, escuela de medicina, cumplimiento de residencia y certificación de la junta. Tanto Servicios para los

miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada acerca de los cambios a nuestros proveedores de la red.

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no se encuentran en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias* puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla. Le indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos de acuerdo con el beneficio de la Parte D incluido en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la "Lista de medicamentos" de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

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

Le proporcionaremos una copia de la "Lista de medicamentos". Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.wellcare.com/healthnetCA) o llamar a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual por separado para nuestro plan.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

A algunos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 más arriba, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para California Medi-Cal (Medicaid) así como tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), California Medi-Cal (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted tiene doble elegibilidad, no se aplica la multa por inscripción tardía (late enrollment penalty, LEP) siempre y cuando conserve su estatus de doble elegibilidad, pero si pierde dicho estatus, puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. Cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagarla si se cumple lo siguiente:

- Usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota**: cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
    - **Nota**: las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- Primero, cuente el número de meses completos que se retrasó en la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O bien, cuente el número de meses completos que no tuvo una cobertura acreditable de medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La sanción es del 1% por cada mes que no haya tenido una cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura la sanción será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2023, el monto promedio de la prima fue de $32.74. Este monto puede cambiar para 2024.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $32.74, que es igual a $4.58. Esto se redondea a $4.60. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si es menor de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), de la Parte D. Este cargo adicional se calcula a partir de los ingresos brutos ajustados modificados que figuran en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite https://

www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

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

Si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la debe, o que tenga que empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

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

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro

Su registro de miembro tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura de su plan específico, incluido su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider)/Grupo médico/Asociación de Prácticas Independientes (Independent Practice Association, IPA). Una IPA es una asociación de médicos, incluidos los PCP y los especialistas, además de

otros proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que cuentan con acuerdos con el plan para proporcionar servicios a los miembros.

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o California Medi-Cal (Medicaid)).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentra fuera del área de cobertura o que no pertenece a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota**: no está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, llame a Servicios para los miembros.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

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

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan
(cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros)

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

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros: Información de contacto
LLAME AL	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y los días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada en el plazo de un (1) día hábil. Servicios para los miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los asesores atienden de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los asesores atienden de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión o apelación de cobertura sobre atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o sus medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Medical Management 4191 E. Commerce Way Sacramento, CA 95834

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este grupo son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
FAX	1-866-226-1093
ESCRIBA A	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
SITIO WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

Método	Apelaciones para la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	1-866-388-1766
ESCRIBA A	Medicare Part D Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
SITIO WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red o las farmacias, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671
ESCRIBA A	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671
ESCRIBA A	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud pidiendo que le paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si usted ha recibido una factura o ha pagado servicios (como la factura de un proveedor) que usted considera que debemos pagar, es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor. Consulte el Capítulo 7 *(Cómo puede solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos)*.

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
ESCRIBA A	Solicitud de pago de servicios médicos: Member Reimbursement Dept P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640 Solicitud de pago de la Parte D: Member Reimbursement Dept P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
SITIO WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

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

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	www.Medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre la elegibilidad de Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor estimativo de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de nuestro plan: • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare e informarles qué información busca. Ellos buscarán la información en el sitio web, y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).

El California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o tratamientos médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y a ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA TENER ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (Haga clic en SHIP LOCATOR en la mitad de la página)
- Puede elegir su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222
TTY	711
ESCRIBA A	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/hicap/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para California, la organización para la mejora de la calidad se llama Livanta - California's Quality Improvement Organization.

Livanta - California's Quality Improvement Organization está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta - California's Quality Improvement Organization es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con Livanta - California's Quality Improvement Organization:

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

Método	Livanta - California's Quality Improvement Organization: información de contacto
LLAME AL	1-877-588-1123 de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.; los sábados y domingos, de 11 a.m. a 3 p.m. hora local
TTY	1-855-887-6668 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es

automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Como miembro de nuestro plan, usted es elegible para ambos, Medicare y Medicaid. Medicaid es un programa gubernamental conjunto de la Federación y del estado que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas que se ofrecen a través de California Medi-Cal (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos programas de ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+)**: ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Los beneficiarios elegibles también son beneficiarios totales de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+)**: ayuda a pagar las primas de la Parte B. Los beneficiarios elegibles también son beneficiarios totales de Medicaid.

- **Beneficiario Doble Elegible para Beneficios Completos (FBDE):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro, y copagos). Los beneficiarios elegibles también son beneficiarios totales de Medicaid.

Para ser miembro de este plan, debe estar doblemente inscrito tanto en Medicare como en California Medi-Cal (Medicaid) y cumplir con todos los demás requisitos de elegibilidad del plan al momento de la inscripción. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, contáctese California Medi-Cal (Medicaid).

Método	California Medi-Cal (Medicaid) : información de contacto
LLAME AL	1-800-541-5555 1-916-552-9200 1-916-449-5000 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico (PT)
TTY	1-800-430-7077 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
SITIO WEB	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

El California Long-Term Care Ombudsman Program ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas relacionados con servicios o facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja o apelación ante el plan.

Método	California Long-Term Care Ombudsman Program : información de contacto
LLAME AL	1-916-419-7510 1-800-510-2020 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora local
TTY	1-800-735-2929 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/

El Long-Term Care Ombudsman Program ayuda a las personas a obtener información sobre centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes y sus familias.

Método	Long-Term Care Ombudsman: información de contacto
LLAME AL	1-800-510-2020 1-916-419-7510 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4 p.m. hora local
TTY	711
ESCRIBA A	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/programs/ltcop/

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

El sitio web de Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) brinda información sobre

cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Dado que es elegible para Medicaid, usted reúne los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda adicional”.

Si tiene preguntas acerca de la “Ayuda adicional”, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

(solicitudes), durante las 24 horas, los 7 días de la semana;

- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la oficina de Medicaid de su estado

(solicitudes) (Consulte la Sección 6 para obtener información de contacto).

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

- Llame a Servicios para los miembros y comunique al representante que usted considera que califica para obtener "Ayuda adicional": Es posible que se requiera que usted proporcione alguno de los siguientes tipos de documentación (Mejor evidencia disponible):
    - una copia de la tarjeta de California Medi-Cal (Medicaid) del beneficiario, que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
    - una copia de un documento del Estado que confirme el estado activo en California Medi-Cal (Medicaid) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
    - un documento impreso del expediente de inscripción electrónica del Estado que indique el estado ante California Medi-Cal (Medicaid) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
    - un documento impreso de la pantalla de los sistemas de California Medi-Cal (Medicaid) que muestre el estado de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
    - alguna otra documentación proporcionada por el Estado que indique el estado de California Medi-Cal (Medicaid) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior

- una carta de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) que indique que la persona recibe Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI)
- una solicitud presentada por una persona considerada elegible que se confirme que el beneficiario es "... automáticamente elegible para recibir Ayuda adicional..." (publicación de la SSA HI 03094.605)

Si usted está internado, y cree que califica para la ayuda de costo compartido de cero, llame a Servicios para los miembros y comunique al representante que usted considera que califica para recibir "Ayuda adicional". Es posible que le requieran alguno de los siguientes tipos de documentación:

- un envío del pago de Medicaid del centro hecho en su nombre por un mes calendario completo durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
- una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid hecho en su nombre al centro por un mes calendario completo de un mes posterior a junio del año calendario anterior; o
- un documento impreso de los sistemas de Medicaid del Estado que muestre su estado institucional basado en una estadía de al menos un mes calendario completo con fines del pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.

- Si no puede proporcionar la documentación descrita anteriormente y cree que podría calificar para recibir "Ayuda adicional", llame a Servicios para los miembros y un representante lo asistirá.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que paga es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios para los miembrossi tiene preguntas.

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen pagar medicamentos con receta, primas del plan de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), seguirá conservando el 70% de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el periodo sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia con el costo compartido de recetas a través de El California AIDS Drug Assistance Program (ADAP).

El California AIDS Drug Assistance Program (ADAP) es el ADAP de su estado.
El California AIDS Drug Assistance Program (ADAP) en su estado está enumerado abajo.

Método	California AIDS Drug Assistance Program (ADAP): información de contacto
LLAME AL	1-916-558-1784 1-844-421-7050 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora local
TTY	711
ESCRIBA A	Office of AIDS, Center for Infectious Diseases, California Department of Public Health MS 7700 P.O. Box 997426 Sacramento, CA 95899-7377
SITIO WEB	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx

Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de planes, notifique a su trabajador de inscripción en el ADAP de manera que usted pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse al programa, llame a California AIDS Drug Assistance Program (ADAP).

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En California, el Programa estatal de asistencia farmacéutica se llama MediCal Rx Customer Service Center.

Método	California MediCal Rx Customer Service Center: información de contacto
LLAME AL	1-800-977-2273 1-916-518-3100 711 24 horas al día, 7 días a la semana, incluidos los días feriados
TTY	711
ESCRIBA A	MediCal Rx Customer Service Center P.O. Box 730 Rancho Cordova, CA 95741
SITIO WEB	www.medi-calrx.dhcs.ca.gov

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

La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0,” podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá tener acceso a la línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?

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

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener cobertura de atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

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

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica y otros servicios están cubiertos por parte de nuestro plan, utilice la Tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye 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 han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, no paga nada del costo de los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los equipos con suministros y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener cobertura de atención médica y otros servicios de su plan

Como plan de salud de Medicare , nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer servicios adicionales a los que están cubiertos por Original Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4, (lo que está cubierto) por servicios cubiertos por el plan.

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

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipo son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que le proporciona atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá aprobarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada, o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una remisión. Para obtener más información sobre el tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
    - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por los mismos costos compartidos que normalmente pagaría dentro de la red. Llámenos para informarse sobre las normas de autorización que puede necesitar antes de solicitar atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. Los costos compartidos que usted paga al plan por la diálisis nunca pueden exceder los costos compartidos de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, los costos compartidos no pueden superar los costos compartidos que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, los costos compartidos de la diálisis

pueden ser mayores.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

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

Cuando usted se vuelve miembro de nuestro plan, primero debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es su socio en su salud, proporciona y coordina su atención médica. Su PCP es un profesional de la salud que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Estos incluyen médicos que se especializan en medicina familiar, medicina general y medicina interna.

Recibirá la mayor parte de su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- salud conductual,
- radiografías,
- pruebas de laboratorio,
- terapias,
- atención de especialistas médicos,
- admisiones hospitalarias y
- atención de seguimiento.

“Coordinar” sus servicios cubiertos incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo va. Para determinados tipos de servicios o suministros, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Si el servicio que usted necesita requiere una autorización previa, su PCP solicitará la autorización a nuestro plan. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. Generalmente verá a su PCP primero, para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Le recomendamos que tenga un PCP que coordine toda su atención. Consulte la Sección 2.3 en este capítulo para obtener más información.

En algunos casos, su PCP, o un especialista u otro proveedor que lo vea, deberá obtener autorización previa (aprobación previa) de nuestra parte para determinados tipos de servicios y artículos cubiertos. Consulte el Capítulo 4 de este folleto para ver los servicios y artículos que requieren autorización previa.

Si necesita hablar con su médico después del horario regular de atención, llame al consultorio del médico y se le dirigirá directamente a su médico, una máquina contestadora con instrucciones sobre dónde obtener servicios o a otro médico que proporcione cobertura. Si tiene una emergencia, llame inmediatamente al 911.

¿Cómo elige al PCP?

Cuando se inscriba en nuestro plan, elegirá un grupo médico participante en la red de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). También elegirá a un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de ese grupo médico participante. Para elegir a su PCP, visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA y seleccione a un PCP de la red de nuestro plan. Servicios para los miembros también puede ayudarlo a elegir a un PCP. Una vez que haya elegido a su PCP, llame a Servicios para los miembros y comuníqueles su selección. Su PCP debe estar en nuestra red.

Es posible que cada grupo médico y cada PCP hagan remisiones a ciertos especialistas del plan y usen ciertos hospitales que se encuentren en su red. Si hay un especialista u hospital del plan en particular que desee utilizar, verifique primero para asegurarse de que los especialistas y/u hospitales estén en la red de un grupo médico y un PCP.

Si no elige un grupo médico o un PCP o si elige un grupo médico o un PCP que no esté disponible con este plan, lo asignaremos automáticamente a un grupo médico y un PCP.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Bajo ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar proporcionando atención médica después de dejar de ser parte de nuestra red. Para conocer los detalles particulares, comuníquese a Servicios para los miembros.

Si usted desea cambiar de un grupo médico o PCP, llame a Servicios para los miembros. Es posible que cada grupo médico y PCP del plan haga remisiones a ciertos especialistas del plan y use ciertos hospitales dentro de su red. Esto significa que el grupo médico y PCP del plan que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales que usted puede usar. Si hay especialistas u hospitales que usted desea usar en particular, averigüe si el grupo médico y PCP del plan usa estos especialistas u hospitales.

Para cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted usa un PCP que no sea el que usted tiene asignado, podría incurrir en costos compartidos más elevados o se podrían denegar sus reclamos.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene una remisión de su PCP?

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su proveedor de atención primaria (PCP).

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red
- Vacunas antigripales, vacunas contra COVID-19 y vacunas contra la neumonía,siempre que se obtengan de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia proporcionados cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando la persona inscrita se encuentre fuera del área de servicio del plan. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y ser médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de dejar el área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardiacas
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

Para que pueda ver a un especialista, por lo general, primero debe obtener la aprobación de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). A esto se le llama obtener una “remisión” a un especialista. Es muy importante obtener una remisión de su PCP antes de consultar a un especialista del plan u otros proveedores determinados. Hay algunas excepciones, incluida la atención médica de rutina para las mujeres, como se explica en la Sección 2.2. Si no tiene una remisión antes de recibir los servicios de un especialista u otros proveedores, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo.

Si el especialista quiere que regrese para recibir atención adicional, verifique primero para asegurarse de que la remisión que recibió de su PCP para la primera consulta cubra consultas adicionales al especialista u otros proveedores determinados. En algunos casos, es posible que usted, su representante o su PCP/proveedor deban obtener una autorización previa del plan. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Cada grupo médico y el proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) puede hacer remisiones a ciertos especialistas del plan y utilizar ciertos hospitales dentro de su red. Esto significa que el grupo médico y el PCP que elija pueden determinar los especialistas y hospitales que puede utilizar. Si hay especialistas u hospitales específicos que desea utilizar, averigüe si su grupo médico o PCP utiliza estos especialistas u hospitales. Por lo general, puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea ver a un especialista del plan o ir a un hospital al que su PCP actual no puede remitirlo. En la Sección 2.1 bajo "Cómo cambiar de PCP", le informamos cómo cambiar su PCP.

Nota: es posible que no siempre necesite una remisión para ver a un especialista u a otros proveedores si es que ellos forman parte de la misma Asociación de Prácticas Independientes (IPA) que su PCP. Una IPA es una asociación de médicos, incluidos los PCP y especialistas, así como otros proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que tienen contrato con el plan para proporcionar servicios a los miembros. Pregunte a su PCP si él o ella forma parte de una IPA y si necesitará una remisión para ver a especialistas u otros proveedores que pertenezcan a la misma IPA.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de participar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará de participar en nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir a un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de participar en nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor durante los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja de participar en nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de dicho proveedor o si lo ha consultado durante los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente se está realizando un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario o las terapias que está recibiendo no se interrumpan.
- Le informaremos acerca de los diferentes periodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para que obtenga cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido de la red, cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de nuestra red

debe contactar al plan a fin de solicitar una autorización para que usted obtenga el servicio. Si se aprueba, al proveedor fuera de nuestra red se le emitirá una autorización para proporcionar el (los) servicio(s). Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o de urgencia fuera del área por parte de proveedores fuera de la red.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención médica cubierta por Medicare y un proveedor de la red no puede brindar esta atención, es posible que pueda obtener atención de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible y el proveedor fuera de la red debe comunicarse con el plan para solicitar autorización para que usted obtenga servicios. Si se aprueba, el proveedor fuera de la red recibirá una autorización para proporcionar los servicios

Tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia fuera del área. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para los miembros con enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden tener acceso a los proveedores de la red. Los servicios de ESRD deben recibirse en un centro de diálisis certificado por Medicare.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Obtener atención en caso de una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué hacer en caso de tener una?

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP). No necesita usar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red. Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) incluye la cobertura de emergencias y urgencias en todo el mundo.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia**. Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Puede llamar a Servicios para los miembros o al número que aparece al dorso de su tarjeta de membresía.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Es importante que realice un seguimiento con su proveedor de atención primaria en un plazo de 5 a 7 días después de recibir atención de emergencia. Recibirá una llamada de nuestro equipo de atención para ayudarle a obtener las citas de seguimiento necesarias y obtener otros beneficios útiles para su recuperación. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.

- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son: i) un dolor de garganta intenso que se produce durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Comuníquese con el consultorio de su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) durante las 24 horas del día si necesita atención de urgencia. Es posible que se le indique que obtenga atención de urgencia en un centro de atención de urgencia de la red. Encontrará una lista de los centros de atención de urgencia de la red en el *Directorio de proveedores y farmacias* o en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. Si los servicios de atención de urgencia se reciben en el consultorio de su médico, usted pagará el copago de la consulta en el consultorio; sin embargo, si los servicios de atención de urgencia se reciben en un centro de atención de urgencia de la red o en una clínica para pacientes externos sin cita previa, usted pagará el copago correspondiente al centro de atención de urgencia, que podría ser diferente. Consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)* para conocer el copago que se aplica a los servicios que se proporcionan en el consultorio de un médico, o bien a los que se proporcionan en un centro de atención de urgencia o en una clínica para pacientes externos sin cita previa que pertenezcan a la red.

También puede comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería en cualquier momento. Un profesional de enfermería está al pendiente para responder a sus preguntas durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener más información acerca de la Línea de asesoramiento de enfermería, consulte la categoría de beneficios de Programas educativos sobre salud y bienestar en el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*), o llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan cubre servicios en caso de emergencia en todo el mundo y servicios de atención de urgencia fuera de Estados Unidos, bajo las siguientes circunstancias. Sin embargo, Medicare no cubre la atención médica en caso de emergencia fuera de Estados Unidos.

- Usted tiene cobertura por hasta $50,000 cuando viaje fuera de Estados Unidos bajo su cobertura para la atención médica en caso de emergencia y de urgencia. El costo que exceda este monto *no* estará cubierto.
- El transporte de regreso a Estados Unidos desde otro país y los medicamentos que se adquieran mientras se está fuera de Estados Unidos *no* estarán cubiertos. Además, los costos compartidos por acudir a la sala de emergencias *no* se cancelan en caso de que se le hospitalice para recibir atención como paciente internado.

- De ser posible, comuníquese con nosotros en un plazo que no supere las 48 horas, para informarnos de su consulta en la sala de emergencias.

Para obtener más información, consulte “Atención de emergencia” y “Servicios que se necesitan con urgencia” en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este folleto, o llame a Servicios para los miembros.

Sección 3.3 Cómo obtener 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 estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.wellcare.com/healthnetCA para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

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

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos por los servicios cubiertos

Si pagó por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener más información sobre qué debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plano servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios. Antes de pagar el costo de los servicios, debe verificar si el servicio está cubierto por California Medi-Cal (Medicaid).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que recibe después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El monto que pague por los costos una vez que se haya alcanzado el límite de beneficios no contará para el monto máximo que paga de su bolsillo. Por ejemplo, es posible que deba pagar el costo total de cualquier atención en un centro de atención de enfermería especializada que reciba después de que el pago de nuestro plan

alcance el límite de beneficios. Una vez que haya utilizado su límite de beneficios, los pagos adicionales que realice por el servicio no cuentan para su monto máximo que paga de su bolsillo anual.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba el estudio, y usted expresa su interés, alguien que trabaja para el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, necesitará proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben, ni tampoco que nos avisen. *No* es necesario que los proveedores que le brindan la atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan, que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados bajo determinaciones de cobertura nacional (NCD) y ensayos de dispositivos de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorizaciones previas y otras normas plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para las personas inscritas en Medicare Advantage, le invitamos a que nos informe, por adelantado, si es que elige participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare.

Si participa en un estudio de investigación clínica que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

- habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio,
- una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación,
- el tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que para todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

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

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

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias

religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada;
    - — *y* — debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Su estadía en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud no está cubierta por nuestro plan a menos que obtenga la autorización (aprobación) por adelantado de nuestro plan y estará sujeta a las mismas limitaciones de cobertura que la atención para pacientes internados o en un centro de enfermería especializada que hubiera recibido. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer las reglas de cobertura e información adicional sobre los costos compartidos y las limitaciones para la cobertura hospitalaria y de enfermería especializada.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión del equipo médico duradero

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

El Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa,

nebulizadores y camas de hospital que solicita un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos como las prótesis. En esta sección, comentamos acerca de otros tipos de DME que usted debe rentar.

En Original Medicare, quienes rentan ciertos tipos de DME poseen el equipo después de haber pagado los copagos por dicho equipo por un periodo de 13 meses. Como miembro del plan, también hay cierto tipo de equipo médico duradero que usted obtiene en propiedad después de pagar, por un número específico de meses, los copagos correspondientes al artículo. Sus pagos anteriores que haya hecho por equipo médico duradero cuando tenía Original Medicare no se toman en cuenta para los pagos que hace mientras es miembro del plan. Si obtiene la propiedad de un artículo de equipo médico duradero mientras es miembro de nuestro plan, y el equipo médico duradero requiere mantenimiento, el proveedor está autorizado para facturar al plan el costo de la reparación. También hay ciertos tipos de equipo duradero que usted no puede obtener en propiedad, sin importar cuántos pagos haga por ellos mientras es miembro del plan. Para obtener más información acerca de cuáles son los requisitos que debe cumplir y cuál documentación necesita proporcionar, llame a Servicios para los miembros.

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

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

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. Los pagos que hizo a Original Medicare no cuentan. Deberá hacer 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. Usted estaba inscrito en nuestro plan, pero no adquirió el artículo en propiedad mientras estuvo en nuestro plan. Más adelante, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de inscribirse de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea los que hizo mientras estaba en nuestro plan o en Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), cubrirá lo siguiente:

- alquiler de equipo de oxígeno,
- entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno,
- sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno,
- mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno.

Si deja Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted renta el equipo. Los siguientes 24 meses, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, usted puede optar por permanecer con la misma compañía o cambiarse a otra compañía. En este momento, comienza de nuevo el ciclo de cinco años, incluso si permanece con la misma compañía, usted debe pagar los copagos por los primeros 36 meses. Si usted se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de los cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por los servicios cubiertos

Dado que recibe asistencia de California Medi-Cal (Medicaid), usted no paga nada por los servicios cubiertos en tanto siga las normas del plan sobre cómo obtener la atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención).

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, son muy pocos los que alguna vez alcanzan la cantidad máxima de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos (maximum out-of-pocket, MOOP). Para el año calendario 2024 este monto es $8,850.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no se toman en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos.Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $8,850, no debe seguir pagando ningún monto que salga de su bolsillo durante el resto del año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que California Medi-Cal (Medicaid) o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios* para averiguar qué es lo que está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios enumera los servicios de nuestro plan cubiertos. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre su Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su 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, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una remisión.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en cursiva.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por California Medi-Cal (Medicaid). Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre el costo compartido de los servicios de Medicare, incluidos los deducibles de Medicare y los montos de copago o coseguro de los servicios hospitalarios para pacientes externos e internados y de las consultas médicas. California Medi-Cal (Medicaid) también cubre los servicios que Medicare no cubre, como los cuidados a largo plazo, algunos medicamentos de venta libre y los servicios a domicilio y en la comunidad.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You (Medicare Y Usted) de 2024*. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Para los servicios cubiertos por Medicaid, consulte el Resumen de beneficios del plan para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos por Medicaid. Si no ha recibido un Resumen de beneficios, llame a Servicios para los miembros y pídales que le envíen una copia. El costo

compartido de los servicios cubiertos por Medicaid, si los hubiese, se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

- Si usted se encuentra en el periodo de nuestro plan de 6 mes(es) considerado(s) como de elegibilidad continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, el plan Medicare Advantage no es responsable de la cobertura de ningún beneficio de California Medi-Cal (Medicaid) que esté incluido en su plan estatal de Medicaid. Los montos de costos compartidos de Medicare por beneficios básicos y complementarios no cambia durante este periodo. El monto que usted paga depende del nivel de beneficios de Medicaid que tenga.

No tiene que pagar nada por los servicios detallados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para todas las personas inscritas que participan en servicios de bienestar y planificación de la atención médica (Wellness and Health Care Planning, WHP).

- Debido a que nuestro plan participa en el Programa de diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design Program), usted será elegible para los siguientes servicios de bienestar y planificación de la atención médica (Wellness and Health Care Planning, WHP), incluidos los servicios de planificación anticipada de la atención (Advance Care Planning, ACP):
  - Si no puede tomar decisiones por sí mismo en el futuro sobre su atención médica, los profesionales médicos pueden asegurarse de que se cumplan sus deseos. Los servicios de planificación anticipada de la atención (Advance Care Planning, ACP) consiste en conversar y tomar decisiones sobre la atención que le gustaría recibir en el futuro.
  - Lo ayudaremos con los formularios necesarios para otorgar a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted en caso de que alguna vez no puede hacerlo por sí mismo.
- Puede obtener asistencia para los servicios de planificación anticipada de la atención (Advance Care Planning, ACP) en cualquier momento comunicándose con nuestro plan.
- WHP y ACP son voluntarios y usted es libre de rechazar estos servicios.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas que reúnen los requisitos para recibir "Ayuda adicional":

- Si recibe "Ayuda adicional" para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro, puede que sea elegible para recibir otros beneficios complementarios personalizados o un costo compartido reducido personalizado.
- Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más detalles.
- Los miembros califican para la eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles.

Medicare aprobó a Health Net Community Solutions, Inc. para brindar estos beneficios como parte del Programa de diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design). Este programa permite a Medicare probar nuevas maneras de mejorar los planes Medicare Advantage.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Para los servicios cubiertos de Medicaid, consulte el Resumen de beneficios (Summary of Benefits) del plan para obtener una lista completa de beneficios cubiertos por Medicaid. Si no recibió un Resumen de beneficios, llame a Servicios para los miembros y solicite que le envíen una copia. Su costo compartido para los servicios cubiertos por Medicaid, si hubiera alguno, se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su agencia estatal de Medicaid para determinar cuál es su nivel de elegibilidad.	
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección de una sola vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o enfermero clínico especialista.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etcétera); • no se relaciona con una cirugía; y • no se relaciona con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento se debe cancelar si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor:	$0 de copago por cada consulta en el consultorio de un PCP cubierta por Medicare. $0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. *Puede requerirse autorización previa.* $0 de copago para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)), pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (physician assistants, PA), los enfermeros con práctica médica (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Nuestro plan también cubre hasta 24 consultas de acupuntura complementarias (sin cobertura de Medicare) cada año. En la mayoría de los casos, para recibir servicios cubiertos, usted debe usar un proveedor que tenga contrato con nosotros. Comuníquese con nuestro plan si tiene preguntas acerca de cómo usar este beneficio. Los servicios de acupuntura cubiertos incluyen: • Un examen de nuevo paciente o un examen de paciente establecido, para la primera evaluación de un paciente con un nuevo problema de salud o un nuevo rebrote • Exámenes de paciente establecido (dentro de los tres años posteriores a un nuevo examen) • Consultas de seguimiento, que pueden incluir servicios de acupuntura o la repetición de un examen anterior • Una segunda opinión con un proveedor diferente, dentro de la red • Servicios urgentes y de emergencia Para obtener un formulario de reclamo, información adicional o asistencia para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicios para los miembros o visite nuestra página web en www.wellcare.com/healthnetCA.	$0 de copago por cada consulta complementaria (no cubierta por Medicare) de acupuntura .* *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, sean para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención, solamente si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios cubiertos de ambulancia no son para una situación de emergencia, deberá estar documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	$0 de copago por un traslado de un solo tramo mediante servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa para transporte en una aeronave de ala fija y para transporte que no sea de emergencia.* $0 de copago por un traslado de un solo tramo mediante servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa para transporte en una aeronave de ala fija y para*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	transporte que no sea de emergencia. El costo compartido no se anula si usted es ingresado para recibir atención hospitalaria como paciente internado.
Examen físico de rutina anual El examen físico anual incluye el examen del corazón, los pulmones, el abdomen y los sistemas neurológicos, así como un examen físico integral (como cabeza, cuello y extremidades) e historial médico/familiar detallado, además de los servicios incluidos en la consulta anual de bienestar.	$0 de copago por un examen físico de rutina anual.*
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la consulta anual de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • una mamografía inicial entre los 35 y 39 años, • una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más, • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses • Una mamografía de diagnóstico médicamente necesaria	No se requiere coseguro, copago ni deducible por mamografías de diagnóstico cubiertas. $0 de copago por una mamografía de diagnóstico médicamente necesaria. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios de rehabilitación cardiaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardiaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardiaca que son habitualmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardiaca.	$0 de copago para servicios de rehabilitación cardiaca intensiva cubiertos por Medicare. $0 de copago para servicios de rehabilitación cardiaca intensiva cubiertos por Medicare.
Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva en el caso de enfermedad cardiovascular.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible por el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses; • si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones	$0 de copago por servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Nuestro plan también cubre consultas complementarias de quiropráctica (sin cobertura de Medicare) hasta un total de 24 consultas cada año. Consultas suplementarias para quiropráctica (no cubiertas por Medicare) con servicios para apoyar la espalda, el cuello o las articulaciones de los brazos y las piernas están limitadas según la necesidad médica. Los servicios quiroprácticos cubiertos incluyen: • Un examen inicial (examen de paciente nuevo o examen de paciente establecido para la primera evaluación de un nuevo problema de salud o un nuevo brote). • Re-exámenes (Exámenes de pacientes establecidos, cuando sea necesario para evaluar el progreso o modificar el tratamiento), manipulación de la columna, o articulaciones, y/u otros servicios (estos servicios se pueden proporcionar en la misma consulta que un examen) • Radiografías y servicios de laboratorio cuando sean proporcionados o referidos por un quiropráctico contratado. Los servicios de radiografía y de laboratorio realizados fuera de una consulta de un paciente nuevo o establecido evaluarán un copago individual. Para obtener un formulario de reclamo, para obtener información adicional o para obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicios para los miembros o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. **Nota:** la cobertura de los servicios de quiropráctica de rutina es un servicio complementario ofrecido por el plan. Ni Medicare ni Medicaid pagarán la parte que le corresponde a usted por el costo de estos servicios.	$0 de copago por cada consulta complementaria de quiropráctica (no cubierta por Medicare).* *Puede requerirse autorización previa.*
Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene un límite máximo o mínimo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o cada 48 meses después de una sigmidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago o deducible por la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, con la excepción de los enemas de bario en los que se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y remueve un pólipo u otro tejido durante la

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
para pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de recibir una colonoscopia de detección. Una cada 48 meses para pacientes que tienen alto riesgo de acuerdo con la última sigmoidoscopia flexible o el enema de bario. • Prueba de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Cada 12 meses. • Pruebas de DNA en heces con objetivos múltiples para pacientes de entre 45 y 85 años de edad que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años de edad que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una cada 3 años.	colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico y usted paga $0 de copago por los servicios del médico. En un entorno hospitalario para pacientes externos, usted también paga $0 de copago al hospital. El deducible de la Parte B no se aplica.
• El enema de bario es una alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • El enema de bario es una alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y sean mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o la última sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo de una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare.	$0 de copago por servicios de enema de bario cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga por servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es parte integral de un tratamiento específico de la afección médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, extracciones dentales como preparación para la radioterapia contra el cáncer de mandíbula, o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos:	\$0 de copago por cada servicio dental cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios adicionales	**Servicios adicionales**
• **Atención dental integral** (Los servicios cubiertos incluyen los siguientes).	**Atención dental integral**
○ Servicios de restauración - Las coronas son un beneficio cubierto en el mismo diente una vez cada cinco años calendario.	\$0 de copago por cada servicio de restauración.* *Puede requerirse autorización previa.*
○ Prostodoncia - Los servicios cubiertos incluyen revestimiento de dentadura postiza una vez por arco cada dos años calendario. Los pónticos son un beneficio cubierto en el mismo diente una vez cada cinco años calendario.	\$0 de copago por cada servicio de prostodoncia.* *Puede requerirse autorización previa.*
Se aplican limitaciones y exclusiones. Antes de obtener servicios, se recomienda a los miembros que analicen sus opciones de tratamiento con un proveedor participante de servicios dentales de rutina. El tratamiento debe iniciarse y completarse mientras esté cubierto por el plan durante el año del plan. El costo de los servicios dentales no cubiertos por el plan es responsabilidad del miembro. **Los servicios dentales complementarios (es decir, de rutina no cubiertos por Medicare) deben recibirse de un proveedor participante para que estén cubiertos por el plan. Para preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar un reclamo o para más información llame a Servicios para los miembros. En nuestro sitio web también se encuentra disponible información adicional sobre la cobertura dental, incluida una lista detallada de los procedimientos cubiertos, las exclusiones y las limitaciones.**	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Visite www.wellcare.com/healthnetCA, haga clic en "Shop for Plans" en la parte superior de la página web, luego seleccione "Plan Benefit Materials". Seleccione "Evidence of Coverage (EOC)". Ubique Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) en la lista para identificar los detalles de beneficios dentales de este plan. **Nota:** La cobertura de servicios dentales de rutina es un beneficio complementario que ofrece el plan. Ni Medicare ni Medicaid pagarán lo que le corresponde pagar a usted por estos servicios. Los miembros que también están inscritos en Medicaid podrían ser elegibles para una cobertura secundaria por parte del estado para estos servicios dentales complementarios. Antes de obtener servicios dentales, pregunte al proveedor si pueden facturarle a Medicaid como segundo pagador. Asegúrese de mostrar al proveedor su tarjeta de identificación de Medicaid.	
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la consulta anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de diagnóstico de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por pruebas de diagnóstico de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.	$0 de copago por suministros para el monitoreo de la diabetes cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.	$0 de copago por zapatos terapéuticos o plantillas ortopédicas cubiertos por Medicare para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave. *Puede requerirse autorización previa.*
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. Los productos OneTouch™ de Lifescan son nuestros suministros preferidos de pruebas para diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). Para obtener más información acerca de los artículos que están en nuestra lista de suministros de pruebas para diabetes, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted usa suministros de pruebas para diabetes que no son los preferidos del plan, hable con su proveedor para obtener una receta nueva o para solicitar la autorización previa para el monitor de glucosa y las tiras reactivas no preferidos.	$0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Encontrará una definición de equipo médico duradero en el Capítulo 12 así como en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la	$0 de copago por el equipo médico duradero cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* $0 de copago por suministros médicos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.wellcare.com/healthnetCA.	*Puede requerirse autorización previa.* Su costo compartido por la cobertura de Medicare para el equipo de oxígeno es un $0 de copago, cada 36 meses. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en nuestro plan hubiera hecho pagos de alquiler por 36 meses por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es un $0 de copago.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de la vida del bebé no nato), un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los servicios que se brindan dentro de la red.	$0 de copago por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención o debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Usted tiene cobertura para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.	$100 de copago por servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.* Usted paga este monto incluso si ingresa al hospital dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección. Está cubierto por hasta $50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.
Programas de educación sobre la salud y el bienestar	
Línea de asesoramiento de enfermería (Nurse advice line) Asesoramiento telefónico gratuito y consejo de enfermería por parte de personal clínico capacitado. La línea de asesoramiento de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudar con las preguntas relacionadas con la salud que usted tenga. Puede comunicarse con la línea de asesoramiento de enfermería a través del número de teléfono que figura en su tarjeta de miembro o llamar a Servicios para los miembros y pedir que lo transfieran a la línea de asesoramiento de enfermería.	$0 de copago por la línea de asesoramiento de enfermería.*
Beneficio de acondicionamiento físico Nuestro plan proporciona una membresía a un programa de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales para usar en una variedad de gimnasios más grandes o estudios de acondicionamiento físico locales. Tendrá 32 créditos cada mes para utilizar. Los créditos se pueden usar para cubrir una membresía mensual de gimnasio con visitas ilimitadas y/o clases de gimnasio, kits de ejercicios en el hogar y videos de ejercicios. Los créditos no utilizados de la asignación mensual no se transfieren al mes siguiente. Para obtener más información sobre la membresía de acondicionamiento físico, llame al Servicios para los miembros o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.	$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Sistema de respuesta personal de emergencia (Personal Emergency Response System, PERS) Cobertura para un dispositivo personal de respuesta médica de emergencia de por vida y con pago mensual. Un dispositivo personal de respuesta médica de emergencia que le proporciona tranquilidad y respuesta 24 horas al día, 7 días a la semana, a sus necesidades urgentes y no urgentes. Los miembros pueden elegir un sistema PERS tradicional "de cableado fijo" que se conecta a través de un teléfono fijo, o pueden seleccionar un sistema inalámbrico. En el caso de los sistemas de cableado fijo, es necesario disponer de un teléfono fijo. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros.	$0 de copago por un sistema de respuesta personal de emergencia (Personal Emergency Response System, PERS) - sistema de alerta médica.*
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	$0 de copago por cada examen de audición cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Nuestro plan también cubre los siguientes servicios auditivos complementarios (por ejemplo, de rutina):	**Servicios auditivos complementarios (por ejemplo, de rutina):**
• 1 examen de audición de rutina cada año.	$0 de copago por 1 examen de audición de rutina cada año.* *Puede requerirse autorización previa.*
• 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.	$0 de copago por 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.* *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 1 audífono no implantable por oído, hasta un máximo de $1,000 cada año. Se limita a 2 audífonos no implantables cada año. El beneficio incluye una garantía estándar de 1 año y 1 paquete de baterías. Usted es responsable por los costos de los audífonos que superen el máximo del beneficio. Los audífonos adicionales no están cubiertos. **Los servicios de audición de rutina deben recibirse de un proveedor participante para que estén cubiertos por el plan.** Para obtener más información sobre los beneficios y la información de contacto de su proveedor de audición, llame a Servicios para los miembros o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA **Nota**: La cobertura de los servicios de audición de rutina es un beneficio complementario que ofrece el plan. Ni Medicare ni Medicaid pagarán su parte del costo de estos servicios.	$0 de copago por 2 audífono(s) cada año.* *Puede requerirse autorización previa.*
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • servicios de enfermería especializada y servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención	$0 de copago por cada servicio de atención de la agencia de atención médica a domicilio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana), • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, • servicios médicos y sociales, • equipos y suministros médicos.	
Terapia de infusión a domicilio (Home Infusion Therapy, HIT) La terapia de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, prestados según el plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertos por los beneficios de equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro de terapia de infusión a domicilio además de medicamentos afines administrados por un proveedor capacitado para terapia de infusión en el hogar	$0 de copago por servicios profesionales de un proveedor de atención primaria (PCP), incluidos los servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo. $0 de copago por servicios profesionales de un especialista, incluidos los servicios de enfermería, de capacitación y educativos, el monitoreo remoto y los servicios de monitoreo. *Puede requerirse autorización previa.* El equipo y los suministros para infusión a domicilio están cubiertos a través del beneficio de Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Consulte la sección "Equipo médico duradero y suministros relacionados" para obtener información sobre costos compartidos. Los medicamentos para infusión a domicilio están cubiertos a través del beneficio de Medicamentos de la Parte B de Medicare. Consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" para obtener información sobre costos compartidos.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para el control de síntomas y aliviar el dolor, • atención de alivio a corto plazo, • atención a domicilio.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por nuestro plan. Los costos compartidos por los servicios médicos pueden aplicarse para los servicios de consulta de hospicio. Consulte la Sección "Servicios de médicos o profesionales" de esta tabla para obtener información sobre los costos compartidos.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor por sus servicios de hospicio relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. A usted se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como cuando hay el requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener los servicios, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare) Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Nuestro plan continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección de hospicio terminal, entonces usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5*(¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?)* **Nota:** si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • vacuna contra la neumonía; • vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias; • vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B; • vacuna contra la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19); • otras vacunas si su salud está en peligro y si estas cumplen con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos algunas vacunas en virtud del beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Nuestro plan cubre sin costo la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos para los miembros a partir de los 19 años de edad.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y COVID-19. Para otras vacunas cubiertas por Medicare (si usted está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare), consulte la sección de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare que se encuentra en esta tabla para saber cuál es el costo compartido aplicable. *Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa para estar cubiertos.*
Servicios de apoyo a domicilio Si cumple ciertos criterios clínicos, le ofrecemos acceso a servicios de apoyo a domicilio, como ayuda con la limpieza, las tareas	$0 de copago por cada visita de servicios de apoyo a domicilio.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
domésticas y la preparación de comidas, además de proporcionarle asistencia en las actividades de la vida diaria. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un profesional clínico autorizado por el plan o un proveedor autorizado por el plan. Usted puede participar en la administración de cuidados o ser evaluado por un administrador de cuidados. Para los servicios se requiere documentación de una de las siguientes situaciones: • Diagnóstico de Alzheimer/otro tipo de demencia • Cirugía de reemplazo de articulaciones • Recuperación de caídas • Amputación de extremidades • Cirugía de cataratas/retina/otro tipo de cirugía de la vista • Enfermedad cardiopulmonar avanzada • Accidente cerebrovascular • Deambulación con dispositivo de asistencia • Visión deteriorada • Hospitalizaciones frecuentes • Visitas frecuentes a la sala de emergencias • Posoperatorio con enfermedades crónicas, incluida una de las siguientes: diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), infección del tracto urinario (ITU), enfermedad renal, cáncer o diagnóstico de salud conductual. Los servicios se ofrecerán en incrementos de 4 horas hasta un total de 12 visits every year. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros.	
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted formalmente ingresa al hospital con una orden del médico.	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por cada hospitalización. Días de reserva de por vida $0 de copago por día. Los días de reserva de por vida son días adicionales que el plan

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Usted tiene cobertura para 90 días de hospitalizaciones cubiertas por Medicare para pacientes internados. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplante aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si su plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.	pagará por los miembros que estén hospitalizados más días de los que cubre el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden utilizar de por vida. Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. *Puede requerirse autorización previa.* Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha del alta.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos **Nota:** para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También, puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!)*. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Está cubierto durante 90 días por admisión para estadías cubiertas por Medicare. Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los pacientes internados que reciben servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Si ha utilizado parte del beneficio de 190 días de por vida de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, solo tendrá derecho a recibir el resto de los días de por vida.	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por cada estadía de salud mental. Días de reserva de por vida $0 de copago por día. Días de reserva de por vida son días adicionales que el plan pagará cuando los miembros estén en un hospital por más de la cantidad de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden utilizar durante su vida. *Puede requerirse autorización previa.* Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyenentre otros: • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio). • Terapias por radiografías, radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios del personal técnico. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	Los servicios de la lista seguirán teniendo cobertura con los montos de costos compartidos que figuran en esta tabla de beneficios para el servicio específico.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Comidas **Comidas después de cuidados agudos:** • Para miembros que fueron dados de baja de un centro para pacientes internados (hospital, centro de atención de enfermería especializada o rehabilitación para pacientes internados), el plan proporcionará un máximo de 3 comidas por día durante 14 días por un total de 42 comidas sin costo alguno para usted. Puede optar por recibir comidas frescas congeladas, comidas no perecederas o una caja de batidos nutricionales. Puede optar por recibir una combinación de comidas y batidos dentro de su límite total de beneficios, con un máximo de una caja de batidos por instancia.	$0 de copago por cada comida o batido médicamente necesario cubierto por el plan para después de que el paciente ha estado internado en cuidados agudos.* *Puede requerirse una remisión.*
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no que reciban diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando sea por remisión del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un medico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión mientras usted recibe servicios médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico para pacientes externos • Insulina administrada por medio de un artículo de equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran utilizando equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de la coagulación que usted se administra mediante una inyección si padece hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento • Antígenos	Algunos medicamentos pueden estar sujetos al tratamiento escalonado. $0 de copago por medicamentos de insulina de la Parte B. $0 de copago por otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* Los costos compartidos de la insulina están sujetos a un copago máximo de $35 por un suministro de insulina para un mes.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Determinados medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias Mediante el siguiente enlace puede acceder a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/plan-benefit-materials.html. También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. En el Capítulo 5 se explican los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que usted debe seguir para que sus medicamentos estén cubiertos. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	$0 de copago por medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Beneficio nutricional/dietético Cubrimos sesiones de asesoramiento a través de un dietista registrado o un profesional de la nutrición, con una orden de su médico, para abordar los cambios en su comportamiento que podrían mejorar una afección médica que tenga. El asesoramiento nutricional es un proceso de apoyo para establecer prioridades, establecer metas y crear planes de acción individualizados que reconozcan y fomenten la responsabilidad del cuidado personal. Puede tener acceso a estos servicios adicionales por teléfono y en línea utilizando Teladoc, el proveedor de consultas virtuales de nuestro plan. Para más información o para concertar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	$0 de copago por cada consulta individual de asesoramiento nutricional/dietética.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) • Suministro y administración de los medicamentos del tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas	$0 de copago por cada servicio de tratamiento para opioides cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías	$0 de copago por radiografías cubiertas por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales técnicos y suministros	$0 de copago por servicios de terapia radiológica cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	$0 de copago por suministros médicos cubiertos por Medicare, incluyendo yesos y entablillados. *Puede requerirse autorización previa.*
• Análisis de laboratorio	$0 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	$0 de copago por servicios de sangre cubiertos por Medicare.
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos – Servicios de diagnóstico no radiológicos (por ejemplo, pruebas de alergias o electrocardiograma)	$0 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico (por ejemplo, pruebas de alergias o electrocardiograma) cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos (incluye pruebas complejas como CT, MRI, MRA, SPECT) - Servicios de diagnóstico radiológico, sin incluir radiografías simples.	$0 de copago por servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* Si usted recibe varios servicios de la misma categoría el mismo día en el mismo centro, será responsable de pagar el monto máximo de copago para esa

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	categoría de servicio en ese centro. Sin embargo, si el beneficio de un servicio es un copago (monto fijo en dólares) y el beneficio de otro servicio es un coseguro (porcentaje del costo permitido), es posible que tenga que pagar tanto el copago como el coseguro.
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se proporcionan para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden para que se le admita a usted como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!* (*¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!*). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de	$0 de copago por cada consulta de servicios de observación cubierta por Medicare. Se aplicarán costos adicionales por los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesario(s) que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!)*. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de	Usted paga el monto aplicable de los costos que le corresponden como se muestran en esta Tabla de beneficios médicos para el servicio en particular. Si usted recibe varios servicios de la misma categoría en el mismo día en el mismo centro, será responsable solo de pagar el monto máximo de copago para esa categoría de servicio en el mismo centro. Sin embargo, si el beneficio de un servicio es un copago (monto fijo en dólares) y el beneficio de otro servicio es un coseguro (porcentaje del costo permitido), es posible que tenga que pagar tanto el copago como el coseguro.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional certificado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero practicante (nurse practitioner, NP), auxiliar médico (Physician Assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	
• Servicios prestados por un psiquiatra	\$0 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. \$0 de copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. *Puede requerirse autorización previa.*
• Servicios proporcionados por otros proveedores de la atención para la salud mental	\$0 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con otros proveedores de atención de la salud mental. \$0 de copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con otros proveedores de atención de la salud mental. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos para pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).	
• Servicios prestados por un fisioterapeuta	$0 de copago por cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	$0 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta del habla y del lenguaje	$0 de copago por cada consulta de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios para trastornos por consumo de sustancias, como sesiones de terapia individual y grupal proporcionadas por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional o programa de atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes aplicables del estado.	$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare. $0 de copago por cada sesión de terapia grupal cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos **Nota:** si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido de la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.	
• Servicios prestados en un hospital para pacientes externos	$0 de copago or cada consulta cubierta por Medicare en un centro hospitalario como paciente externo. *Puede requerirse autorización previa.*
• Servicios prestados en un centro quirúrgico para pacientes externos	$0 de copago por cada consulta a un centro quirúrgico para pacientes externos cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) Consulte la Sección Wellcare Spendables™ de esta tabla para más información sobre el beneficio de artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC).	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento activo de salud mental suministrado en un departamento para pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	$0 de copago for Medicare-covered partial hospitalization or intensive outpatient service per day. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen:	
• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios llevados a cabo en un consultorio médico por un proveedor de atención primaria	$0 de copago por cada consulta en el consultorio de un PCP cubierta por Medicare.
• Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios llevados a cabo en un centro quirúrgico para pacientes externos certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación.	Consulte “Cirugía para pacientes externos” en esta tabla para conocer los montos de costo compartido aplicables a las consultas en centros quirúrgicos para pacientes externos o en centros hospitalarios para pacientes externos.
• Consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista	$0 de copago por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Otros profesionales de la salud	$0 de copago por cada consulta con otros profesionales de la salud. *Puede requerirse autorización previa.*
• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico	$0 de copago por servicios auditivos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Determinados servicios de telesalud, incluidos: servicios de urgencia, servicios de salud en el hogar, médico de atención primaria, terapia ocupacional, médico especialista, sesiones individuales de salud mental, servicios de podiatría, otros profesionales de atención médica, sesiones individuales para servicios de psiquiatría, fisioterapia y patología del habla y el lenguaje, sesiones individuales para pacientes externos por abuso de sustancias y capacitación para el autocontrol de la diabetes. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar a un proveedor de la red que ofrezca el servicio a travéz de telesalud. • Nuestro plan ofrece, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, acceso a consultas virtuales con médicos certificados por la junta médica, mediante Teladoc, para ayudarlo a abordar una amplia variedad de preguntas e inquietudes relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, medicina general, salud conductual y dermatología. Una consulta virtual (también denominada consulta de telesalud) es una consulta con un médico, o bien por teléfono, o bien por internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir internet y un dispositivo equipado con cámara. Para más información o para concertar una cita, llame a	$0 de copago por servicios de consulta virtual realizados a través de Teladoc. **Tenga en cuenta que:** El $0 de copago indicado anteriormente, solo se aplica cuando se reciben servicios de Teladoc. Si usted recibe servicios de telemedicina o en persona de un proveedor de la red, y no del proveedor de consultas virtuales, usted pagará la parte que le corresponde del costo establecido para dichos proveedores, según se describe en esta tabla de beneficios (p. ej., si usted recibe servicios de telemedicina de su PCP, usted pagará la parte que le corresponde del costo del PCP). *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Teladoc, al 1-800-835-2362 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos mentales si: ○ Usted tiene una consulta en persona en un plazo de 6 meses previos a su primera consulta de telesalud ○ Usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ En ciertas circunstancias es posible hacer excepciones a lo anterior • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico **si**: ○ no es paciente nuevo **y** ○ el control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ el control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana	Usted pagará el costo compartido que se aplica al proveedor (como se describe en "Servicios de médicos / profesionales, incluidas las consultas al consultorio del médico" más arriba).
• Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: ○ No es un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana	Usted pagará el costo compartido que se aplica al proveedor (como se describe en “Servicios de médicos / profesionales, incluidas las consultas al consultorio médico” más arriba).
• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o evaluación de registro de salud electrónico	Usted pagará el costo compartido que se aplica al proveedor (como se describe en "Servicios de médicos / profesionales, incluidas las consultas al consultorio del médico" más arriba).
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía	Usted pagará el costo compartido que se aplica al proveedor (como se describe en “Servicios de médicos / profesionales, incluidas las consultas al consultorio del médico” más arriba).

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)	$0 de copago por cada servicio dental cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* Además de los costos compartidos mencionados arriba, habrá un copago y/o un coseguro por los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare por el equipo médico duradero y los suministros, por dispositivos protésicos y suministros, por pruebas de diagnóstico para pacientes externos y servicios terapéuticos, anteojos y lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, medicamentos con receta de la Parte D y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, como se describe en esta Tabla de beneficios.
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores	$0 de copago por servicios de podiatría cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Los servicios cubiertos adicionales incluyen: • Cuidado de los pies complementario (no cubierto por Medicare), con límite de hasta un total de 12 consultas cada año. **Nota:** La cobertura de servicios de podiatría complementarios (no cubiertos por Medicare) es un beneficio complementario que ofrece el plan. Ni Medicare ni Medicaid pagarán su parte del costo de estos servicios.	$0 de copago por cada consulta adicional de podiatría (No cubierta por Medicare). * *Puede requerirse autorización previa.*
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal	$0 de copago por examen rectal digital anual cubierto por Medicare.
• Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte **Atención de la vista** más adelante en esta sección).	$0 de copago para prótesis u órtesis cubiertas por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* $0 de copago por suministros médicos relacionados con dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	$0 de copago por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos:** tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y una consulta de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para la tomografía computarizada de dosis bajas (Low Dose Computed Tomography, LDCT).

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de contraer infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos que tienen un mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.	$0 de copago por servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance)	$0 de copago por tratamientos de diálisis renal cubiertos por Medicare para pacientes externos.
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se le ingresa al hospital para recibir atención especial)	Consulte "Atención hospitalaria para pacientes internados" para conocer los costos aplicables a los tratamientos de diálisis para pacientes internados.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar)	$0 de copago por capacitación para la autodiálisis cubierta por Medicare.
• Equipo y suministros para diálisis en su hogar	$0 de copago por equipo de autodiálisis en su hogar cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* $0 de copago para los suministros de diálisis cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**.	$0 de copago por servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF", por "Skilled Nursing Facility"). Usted está cubierto por 100 días por hospitalización/internación. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario).	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada (Skilled nursing services, SNS). • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente proporcionadas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por los SNF. • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF. • Servicios de médicos/practicantes. Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o su pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un periodo de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un periodo de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Sesiones adicionales para dejar de fumar: Nuestro plan también cubre hasta 5 consultas adicionales de asesoramiento en línea y por teléfono para dejar de fumar. Las consultas son ofrecidas por profesionales capacitados, que incluyen orientación sobre los pasos del cambio, planificación, asesoramiento y educación. Este beneficio está disponible solamente a través de nuestro proveedor de consultas virtuales Teladoc. Para más información o para programar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar a Servicios para los miembros o visitar nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.	$0 de copago por sesiones adicionales para dejar de fumar.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones en un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un periodo de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	$0 de copago por cada consulta de ejercicio supervisado cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de transporte (adicional de rutina) Nuestro plan cubre un total de 24 viajes de transporte terrestre de un tramo que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año. Este beneficio le ayuda a obtener la atención y los servicios que necesita. Puede obtener traslados a ubicaciones relacionadas con el cuidado de la salud como a sus médicos, especialistas y dentista. Los traslados (también denominados "viajes") se limitan a 75 millas, un solo tramo, a menos que el plan apruebe previamente lo contrario. Para programar su traslado, llame al número de transporte que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Para atención de rutina, llame con una anticipación de 1 mes como máximo y 3 días como mínimo. Los traslados programados en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Los traslados incluyen taxis, automóviles de pasajeros, vehículos para sillas de ruedas y servicios de viaje compartido (como Uber o Lyft) para satisfacer sus necesidades de salud. Para estar cubierto por el plan, debe utilizar este beneficio para ir a ubicaciones relacionadas con el cuidado de la salud. Los traslados puede incluir a varios miembros al mismo tiempo y, durante el viaje, pueden detenerse en otras ubicaciones distintas a su destino. Asegúrese de mencionar cualquier necesidad adicional, como el uso de sillas de ruedas, o preferencias, como necesitar más tiempo para llegar a su traslado, al momento de programar su viaje.	$0 de copago por viaje.* Se considera un viaje el traslado de un tramo en camioneta, servicios de transporte compartido, o taxi a un lugar relacionado con la salud. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia necesarios Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, debido a su circunstancia, no es posible o no es razonable obtener los servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Estos son algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red: usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicamente inmediatos por una afección imprevista, pero no se trata de una urgencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red.	$0 de copago por consultas de servicios de urgencia cubiertos por Medicare.
Los servicios de urgencia fuera de Estados Unidos están cubiertos.	$100 de copago por los servicios urgentes fuera de Estados Unidos.* Usted paga este monto incluso si ingresa al hospital dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección. Está cubierto por hasta $50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto	$0 de copago por todos los demás exámenes de la vista para diagnosticar y tratar las enfermedades de los ojos. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroestadounidenses de 50 años o más, y los hispanoamericanos de 65 años o más	$0 de copago por una evaluación cubierta por Medicare de glaucoma.
• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año	$0 de copago por exámenes de retina cubiertos por Medicare para miembros con diabetes. *Puede requerirse autorización previa.*
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	$0 de copago para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de la vista complementarios (es decir, de rutina):	**Servicios de la vista complementarios (es decir, de rutina):**
• 1 examen de la vista de rutina cada año. El examen de la vista de rutina incluye una prueba de glaucoma para las personas con riesgo de padecerlo y un examen de retina para los diabéticos.	$0 de copago por 1 examen ocular de rutina cada año.* *Puede requerirse autorización previa.*
• Sin límite de pares de anteojos con receta cada año hasta un beneficio máximo de $300 cada año. Los anteojos cubiertos incluyen cualquiera de los siguientes: ○ Anteojos (marcos y lentes) o ○ Solo lentes para anteojos o ○ Solo marcos para anteojos o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos o ○ Actualizaciones en material óptico para corregir la vista	$0 de copago por anteojos o lentes de contacto.* *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Nota: El plan cubre la tarifa de ajuste de lentes de contacto. La cantidad máxima de cobertura de beneficios del plan de $300 cada año se aplica al costo minorista de monturas y/o lentes (incluidas las opciones de lentes, como tintes y revestimientos).Usted es responsable de cualquier costo que supere el beneficio máximo para anteojos o lentes de contacto complementarios (es decir, de rutina).* Los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare no están incluidos en el beneficio máximo complementario (es decir, de rutina). Los miembros no pueden usar su beneficio complementario de anteojos o lentes de contacto para aumentar su cobertura de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare. **Nota**: La cobertura de los servicios oftalmológicos de rutina es un beneficio complementario que ofrece el plan. Ni Medicare ni Medicaid pagarán su parte del costo de estos servicios. Los servicios para la atención de la vista deben obtenerse a través de la red de atención de la vista del plan. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar a un proveedor o para obtener más información llame a Servicios para los miembros o visítenos en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.	
Bienvenido a la consulta preventiva de Medicare El plan cubre la consulta preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. • Electrocardiograma cubierto por Medicare después del servicio preventivo *Bienvenido a Medicare.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. $0 de copago por cada electrocardiograma cubierto por Medicare después del servicio preventivo *Bienvenido a Medicare.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Wellcare Spendables™ Usted recibirá **$75 cada mes** precargados a su tarjeta Wellcare Spendables™. El beneficio máximo es $900 cada año. • Su crédito mensual **se traslada al siguiente mes si no se usa y vence al final del año de vigencia del plan.** **Puede utilizar el crédito de su tarjeta para:** **Artículos de venta libre (OTC)** Puede utilizar su tarjeta en tiendas minoristas participantes, a través de la aplicación móvil o iniciando sesión en el portal para miembros para solicitar un pedido con entrega a domicilio. Los artículos cubiertos incluyen: • Artículos de venta libre de marca y genéricos • Vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y la alergia, artículos para la diabetes • Utilice el escáner de códigos de barras de la aplicación para localizar los artículos aprobados en las tiendas minoristas, inicie sesión en el portal para miembros o consulte el catálogo. **Nota:** en determinadas circunstancias, los equipos de diagnóstico y los recursos de ayuda para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Siempre que sea posible, deberá utilizar los beneficios médicos de nuestro plan antes de usar el crédito para OTC en estos productos.	No hay coseguro, copago ni deducible por la tarjeta Wellcare Spendables™. El monto del crédito se puede usar para los siguientes beneficios: - Artículos de venta libre (OTC) - Comida saludable - Combustible que se paga en un surtidor de combustible - Asistencia para los servicios públicos - Asistencia para el alquiler El envío es gratuito con un mínimo $35. No hay un requisito mínimo para las compras que se hacen en la tienda.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Debido a que su plan participa en el Programa de diseño del seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design Program), usted también puede usar su crédito de Wellcare Spendables™ para cualquiera de los beneficios que figuran a continuación: **Alimentos saludables** Puede utilizar su tarjeta para comprar alimentos y verduras saludables en las tiendas minoristas participantes. Comidas preparadas disponibles para solicitar a través del portal en línea. La tarjeta no se puede utilizar para comprar tabaco ni alcohol. Los siguientes son ejemplos de artículos aprobados: • Carne y aves • Frutas y verduras • Bebidas nutritivas • Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar los artículos aprobados en los puntos de venta minorista, inicie sesión en el portal para miembros o consulte el catálogo. **Pago en la bomba de combustible** Puede utilizar su tarjeta para pagar por la combustible directamente en la bomba de combustible. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora. Solamente puede utilizar la tarjeta para cargar combustible hasta el monto de crédito disponible.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Asistencia para los servicios públicos Puede utilizar su tarjeta como ayuda para el pago del costo de los servicios públicos de su hogar. Acceda a su portal para miembros o pague directamente a los proveedores de servicios donde se acepten los pagos. La tarjeta no se puede utilizar para establecer pagos automáticos recurrentes. Los gastos aprobados para este beneficio incluyen: • Electricidad, gas, recolección de basura y servicios de agua • Servicio de teléfono de línea fija y móvil • Servicio de Internet • Televisión por cable (se excluyen los servicios de transmisión en directo (streaming)) • Determinados gastos derivados del petróleo, como el combustible para calefacción doméstica **Asistencia para el alquiler** Puede utilizar su tarjeta como ayuda para el pago del costo del alquiler de su casa. Acceda a su portal para miembros para pagar a los proveedores o pague directamente a los proveedores de servicios donde se acepten los pagos.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cómo utilizar su tarjeta: 1. Active su tarjeta antes de utilizarla. Las instrucciones figuran en la carta que recibió con su tarjeta. 2. Visite una tienda minorista participante, acceda al enlace del portal que figura a continuación o descargue la app móvil. 3. Seleccione los artículos o servicios aprobados. 4. Pase por caja y pague con su tarjeta Wellcare Spendables™. Para pedidos en línea o a través de la app móvil, ingrese el número de su tarjeta en el momento de pagar. 5. Su tarjeta no es una tarjeta de crédito, pero puede ingresarla como "crédito" al pagar. Si se le solicita, su PIN son los últimos 4 dígitos de su número de tarjeta. **Nota:** • Una vez que haya utilizado su crédito para gastos, será responsable del costo restante de sus compras. • Los artículos comprados en la tienda pueden devolverse siguiendo las políticas de devolución y cambio de la tienda. • Si su tarjeta no funciona correctamente o en caso de tener un problema técnico, comuníquese con nosotros llamando al número que figura a continuación. • Wellcare no se hace responsable de tarjetas perdidas o robadas. • La tarjeta Wellcare Spendables™ es solamente para su uso personal, no se puede vender ni transferir, y no tiene valor en efectivo. • Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. • Este no es un beneficio de Medicaid. **Para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables™ o solicitar un catálogo, llame al:** 1-855-744-8550, TTY: 711. Los horarios son los siguientes: entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. to 8 p. m. **También puede consultar en línea en:** member.membersecurelogin.com.	

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera del plan?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por el plan

Hay servicios que no están cubiertos por Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), pero están disponibles a través de California Medi-Cal (Medicaid). Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de California Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con California Medi-Cal (Medicaid) al 1-800-541-5555; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico (PT).

Programa Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa Medi-Cal Dental; incluyen, pero no se limitan a, servicios tales como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro,
- restauraciones y coronas,
- tratamiento de conducto,
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebasados.

Los beneficios dentales están disponibles en el Programa de pago por servicio de Medi-Cal Dental (Medi-Cal Dental Fee-For-Service Program). Para obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese con la línea de servicio al cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del Programa de servicios Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarle de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web www.dental.dhcs.ca.gov para obtener más información.

Además del Programa de pago por servicio de Medi-Cal Dental, usted puede obtener beneficios dentales a través de un plan dental de atención administrada. Los planes dentales de atención administrada están disponibles en Sacramento y los condados de Los Angeles. Si desea obtener más información acerca de los planes dentales o quiere cambiar de planes dentales, comuníquese con Health Care Options (Opciones de cuidado y servicios de salud) al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios que *no* están cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura .

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia o solo están cubiertos por el plan en determinadas circunstancias.

Si recibe los servicios excluidos (o cubiertos), deberá pagar por ellos salvo en las circunstancias específicas enumeradas a continuación. Incluso si usted recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, los

servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide que se trata de un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios que no están cubiertos por Medicare	**No están cubiertos en ninguna situación**	**Cubiertos solamente en situaciones específicas**
Cirugía o procedimientos cosméticos		• Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformada. • Cubiertos en todas las etapas de reconstrucción de la mama después de una mastectomía; así como también de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	**No cubierto en ninguna situación**	
Atención dental, como: • Servicios de diagnóstico • Endodoncia	**No cubierta en ninguna situación**	

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solamente en situaciones específicas
• Periodoncia • Extracciones		
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare ha determinado que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.		• Original Medicare puede cubrirlos en 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).
Cargos cobrados por atención proporcionada por sus familiares inmediatos o por miembros del núcleo de su hogar	**No cubiertas en ninguna situación**	
Atención de enfermería de tiempo completo en su domicilio	**No cubierta en ninguna situación**	
Comidas que se entregan a domicilio		√
Servicios de ama de llaves, incluida la asistencia doméstica básica, como tareas domésticas ligeras o		√

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solamente en situaciones específicas
preparación de comidas ligeras.		
Servicios de naturopatía (usa tratamientos naturales o alternativos)	**No cubiertos en ninguna situación**	
Atención dental que no sea de rutina		• Se podría cubrir la atención dental requerida para el tratamiento de una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies		• El calzado que es parte de un dispositivo ortopédico para las piernas y que está incluido en el costo del dispositivo ortopédico. Los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen la enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación de hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	**No cubiertos en ninguna situación**	
Habitación privada en un hospital		• Cubierta solo cuando es médicamente necesaria.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solamente en situaciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para baja visión	**No cubiertos en ninguna situación**	
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta	**No cubiertos en ninguna situación**	
Atención dental de rutina, como limpiezas		
Servicios que no se consideran razonables y necesarios de acuerdo con las normas de Original Medicare	**No cubiertos en ninguna situación**	

CAPÍTULO 5:

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

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos ?

Debido a que es elegible para Medicaid, califica y está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que está en el programa de "Ayuda adicional", **parte de la información en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta en la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada Low Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este inserto, comuníquese a Servicios para los miembros, y pregunte por la Cláusula adicional LIS. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B de Medicare y la cobertura de medicamentos de hospicio, consulte el Capítulo 4.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene algunos medicamentos con receta cubiertos por los beneficios de California Medi-Cal (Medicaid). Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre el plan de medicamentos de California Medi-Cal (Medicaid).

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada que le da la receta no debe figurar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas

referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

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

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la "Lista de medicamentos" del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.wellcare.com/healthnetCA) o llamar a Servicios para los miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para tener acceso a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de Salud para la Población India Estadounidense Urbana o Tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible

en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.

- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicios para los miembros.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que usted toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con **"NM"** en nuestra "Lista de medicamentos".

El servicio de pedido por correo del plan permite que solicite **un suministro para hasta 100 días.**

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame a nuestros Servicios para los miembros de pedidos por correo al 1-833-750-0201 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx.

Si utiliza una farmacia de pedido por correo que no está dentro de la red del plan, su receta no estará cubierta.

Por lo general, el pedido a una farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le entregará en 14 días como máximo. Sin embargo, a veces, sus medicamentos con receta de pedido por correo pueden demorarse. Para los medicamentos a largo plazo que necesite de inmediato, pídale a su médico dos recetas: una para un suministro para 30 días para surtir en una farmacia minorista participante y otra para un suministro a largo plazo para surtir por correo. Si tiene algún problema para surtir su suministro para 30 días en una farmacia minorista participante cuando se retrase su medicamento con receta de pedido por correo, pídale a su farmacia minorista que llame a nuestro Centro de servicio para proveedores al 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para recibir asistencia. Los miembros pueden llamar a Servicios para los miembros de pedidos por correo al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx.

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

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado
- O se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas

nuevas ahora o en cualquier momento llamando a Servicios para los miembros de pedidos por correo al 1-833-750-0201, (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx.

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

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para los miembros de pedidos por correo al 1-833-750-0201, (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar que se envíe, demore o cancele la nueva receta.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que el medicamento con receta que tiene se acabe. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a su farmacia de pedidos por correo:

- **Express Scripts® Pharmacy: 1-833-750-0201 (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**

Si recibe un resurtido que no desea automáticamente por correo, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la "Lista de medicamentos" de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o de largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le informa qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de

mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Lea Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero a Servicios para los miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red:

Viaje: obtener cobertura cuando viaja o se encuentra fuera del área de servicio del plan.

- Si toma un medicamento con receta con regularidad y se va de viaje, asegúrese de verificar el suministro del medicamento antes de partir. Cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda solicitar sus medicamentos con receta con anticipación a través de una farmacia de pedidos por correo.
- Si viaja dentro de los Estados Unidos y territorios y se enferma, o pierde o se queda sin sus medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago o coseguro) cuando obtenga su medicamento con receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo enviando un formulario de reembolso. Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento con receta obtenido en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su medicamento con receta. Para saber cómo enviar una reclamación de reembolso, consulte la Sección 2 del Capítulo 7, *Cómo pedirnos que le paguemos o que paguemos una factura que ha recibido*.
- También puede llamar a Servicios para los miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en el área a la que viaja.
- No podemos pagar ningún medicamento con receta que se obtenga en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, ni siquiera en el caso de una emergencia médica.

Emergencia médica: ¿qué sucede si necesito un medicamento con receta debido a una emergencia médica o porque necesito atención de urgencia?

- Cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red si los medicamentos con receta están relacionados con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago o coseguro) cuando obtenga su medicamento con receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo enviando un formulario de reembolso. Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento con receta obtenido en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su medicamento con receta. Para saber cómo enviar una reclamación de reembolso, consulte la Sección 2 del Capítulo 7, *Cómo pedirnos que le paguemos o que paguemos una factura que ha recibido*.

Situaciones adicionales: en otras ocasiones, puede obtener cobertura para su medicamento con receta si va a una farmacia fuera de la red.

- Cubriremos su medicamento con receta en una farmacia fuera de la red si aplica al menos una de estas situaciones:
    - Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red, dentro de una distancia razonable en automóvil, que brinde servicio las 24 horas.
    - Si está tratando de obtener un medicamento con receta que no se encuentra regularmente en existencia en una farmacia minorista o de pedido por correo accesible de la red (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
    - Si recibirá una vacuna que es médicamente necesaria, pero no cubierta por la Parte B de Medicare y algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio de su médico.
- Para todas las situaciones mencionadas anteriormente, puede recibir un suministro para hasta 30 días de medicamentos con receta. Además, es probable que deba pagar el cargo de la farmacia fuera de la red por el medicamento y enviar la documentación para recibir el reembolso de nuestro plan. Asegúrese de incluir una explicación de la situación con respecto a por qué utilizó una farmacia fuera de nuestra red. Esto ayudará con el procesamiento de su solicitud de reembolso.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general deberá pagar el costo total en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (En la Sección 2 del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

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

La “Lista de medicamentos” incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por los beneficios de California Medi-Cal (Medicaid). Para más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid llame a Servicios para los miembros.

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- *O bien,* avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o biosimilares y por lo general cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la “Lista de medicamentos” un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.
- Los medicamentos con receta cubiertos por California Medi-Cal (Medicaid) no están en la Lista de medicamentos. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por Medicaid.

Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la "Lista de medicamentos"?

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la "Lista de medicamentos" más reciente que le enviamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.wellcare.com/healthnetCA). La "Lista de medicamentos" en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la "Lista de medicamentos" del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Use la herramienta del plan “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) (www.wellcare.com/healthnetCA o llame a Servicios para los miembros). Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la "Lista de medicamentos" para ver un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la "Lista de medicamentos" que pudieran usarse para tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos".

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de medicamentos". Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes

restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg.; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que, usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para los miembros para conocer qué es lo que usted o su proveedor necesita para hacer que cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Un medicamento **genérico** *o biosimilar intercambiable* tiene el mismo efecto que un medicamento de marca *o producto biológico original,* pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando esté disponible la versión genérica *o el biosimilar intercambiable* de un medicamento de marca *o producto biológico original,* las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico *o el biosimilar intercambiable* en lugar del medicamento de marca *o producto biológico original.*** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable, ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección, entonces sí cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable).

Obtener la autorización del plan por adelantado

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

Probar un medicamento diferente primero

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

Limitaciones de la cantidad de medicamento

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

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

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

Hay situaciones que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.
- Si el medicamento no está en la "Lista de medicamentos" o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la "Lista de medicamentos" del plan** O **ahora debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si usted es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días en una farmacia minorista, o un suministro de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Si su receta es para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento en una farmacia minorista, o 31 días de medicamento en una farmacia de atención a largo plazo. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal anteriormente mencionada.
- **Para los miembros actuales del plan que se están mudando de una estadía hospitalaria o de un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) a un domicilio y necesitan un suministro temporal de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para hasta 30 días o menos si su receta está indicada para menos días (en cuyo caso, se permitirán varios surtidos para proporcionar un suministro total del medicamento de hasta 30 días).
- **Para los miembros actuales del plan que se están mudando de un domicilio o de una estadía hospitalaria a un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesitan un suministro temporal de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 30 días o menos si su receta está indicada para menos días (en cuyo caso, se permitirán varios surtidos para proporcionar un suministro total del medicamento de hasta 30 días).

Para dudas acerca de un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros.

En el periodo durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre la posibilidad de que exista un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la "Lista de medicamentos" del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del Formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Usted podrá solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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

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

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la "Lista de medicamentos".**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**.
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**
- Sustituir un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la "Lista de medicamentos" del plan.

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la "Lista de medicamentos", publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea periódicamente. A continuación, indicamos las veces que recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la "Lista de medicamentos" (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas)**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra "Lista de medicamentos" si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra "Lista de medicamentos", pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambas.
    - Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio
    - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la "Lista de medicamentos" que se retiran del mercado**
    - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la "Lista de medicamentos". Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
    - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio, y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios sobre medicamentos de la "Lista de medicamentos"**

- Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- En el caso de estos cambios, debemos enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación en el que se le indique el cambio, o darle un aviso y un suministro en una farmacia de la red para 30 días del medicamento que está tomando o un suministro para 31 días de una farmacia de atención a largo plazo del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o cumplir con cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
- O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios sobre los medicamentos de la “Lista de medicamentos” que no le afectarán durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios a la “Lista de medicamentos” que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no aplicará a usted si actualmente está tomando el medicamento al momento en el que se hace el cambio; sin embargo, es posible que los siguientes tipos de cambios no lo afectarán sino hasta el 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan.

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año actual son:

- Imponemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la "Lista de medicamentos".

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido sino hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento.

No le informaremos directamente sobre estos tipos de cambios que no lo afectan. Deberá revisar la “Lista de medicamentos” del siguiente año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hubo cambios a alguno de los medicamentos que está tomando que le afecten durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9.) Si un medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por California Medi-Cal (Medicaid), deberá pagarlo usted mismo.

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. Uso para una indicación no autorizada es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
    - La cobertura del uso para una indicación no autorizada solo se permite cuando esté sustentada por libros de referencia específicos. Estos libros de referencia son como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se encuentran a continuación no están cubiertas por Medicare o Medicaid. No obstante, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por Medicaid.

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

Si usted recibe "Ayuda adicional" para pagar sus recetas, el programa de "Ayuda adicional" no pagará por los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura para medicamentos a través de Medicaid, es posible que el programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre su información de la membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de su membresía, la cual se encuentra en su tarjeta de miembro del plan, a la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan su medicamento con receta cubierto.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de su membresía con usted?

Si usted no tiene la información de su membresía con usted en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir en farmacia que busquen información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Entonces **puede solicitarnos que le reembolsemos**. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan?

Si lo ingresan en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura descritas en este Capítulo.

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

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

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted está en un centro de atención de largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra "Lista de medicamentos" o tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

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

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p.ej., medicamentos para controlar las náuseas, laxantes, medicamento para el dolor o medicamentos para controlar la ansiedad) que no están cubiertos por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas para la seguridad del uso seguro y el control de medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a que los miembros usen los medicamentos con seguridad

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para asegurarnos de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

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

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

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que es posible que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no sea seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitaremos su cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener las recetas de estos medicamentos solo de un médico en particular o de una farmacia específica. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme dicha limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer activo o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativa o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Treatment, MTM). El programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos

desarrollaron el programa para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos o se encuentran en un Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para recibir asistencia en el uso seguro de sus opioides, pueden obtener los servicios a través de un Programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, pueden hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros que se encuentran en el Programa MTM recibirán información sobre el desecho seguro de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con Servicios para los miembros.

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 11.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D)

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina **Costo que paga de su bolsillo.**
- Llevamos un registro de los **Costos totales de sus medicamentos**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan en el último mes, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información del precio de los medicamentos**. Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información sobre los aumentos en el precio a partir de la primera vez en la que se obtiene cada reclamación por la misma cantidad del medicamento.
- **Recetas alternativas disponibles por un costo menor**. Esto incluirá información sobre otros medicamentos con un costo compartido menor por cada reclamación de una receta.

Sección 11.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus medicamentos con receta

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, denos copias de sus recibos de los medicamentos que ha comprado. Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que debería darnos copias de sus recibos de medicamentos:
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
  - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedir a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. La Sección 2 del Capítulo 7 contiene instrucciones de cómo hacerlo.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia de medicamentos, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la

población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros. En lugar de recibir una *Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)* en papel por correo postal, ahora tiene la opción de recibir una versión electrónica de su EOB de la Parte D. Puede solicitarlo visitando https://www.express-scripts.com/. Si elige suscribirse, recibirá un correo electrónico cuando su EOB de la Parte D esté listo para consultar, imprimir o descargar. Las EOB de la Parte D electrónicas también se denominan EOB de la Parte D sin papel. Las EOB de la Parte D sin papel son copias exactas (imágenes) de las EOB de la Parte D impresa. Asegúrese de guardar estos informes.

CAPÍTULO 6:

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

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Debido a que es elegible para Medicaid, califica y está recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que está en el programa de "Ayuda adicional", **parte de la información en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta en la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* **(Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada** Low-Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros, y pida la Cláusula adicional LIS.

CAPÍTULO 7:

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

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

Nuestros proveedores de la red emitirán una factura para el pago de los servicios y medicamentos que el plan cubre para usted. No debe recibir una factura por los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica que se le prestó o medicamentos que recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos realizar el pago. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya pagó por algún servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama **reembolso**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe la factura por el monto que pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos el pago de los servicios o medicamentos.

Si ya pagó por algún servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama **reembolso**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura por el monto que pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos el pago de los servicios o medicamentos.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos, como se explica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlos, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido.

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, debe pedirnos que le reembolsemos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
  - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
  - Si ya ha pagado por el servicio, le 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 sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle sus servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de. Recuerde que solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas circunstancias. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el

costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la "Lista de medicamentos" del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle del medicamento.

7. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan porque era elegible para Medicaid.

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicaid se inscriben automáticamente en nuestro plan para obtener su cobertura para medicamentos con receta. A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción puede incluso haber ocurrido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus medicamentos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos los costos. Deberá enviar su documentación como recibos y facturas para que podamos tramitar el reembolso.

- Envíenos una copia de sus recibos cuando nos pida que le devolvamos el dinero.
- Debe solicitar el pago de sus gastos de bolsillo (no de los gastos pagados por otro seguro).
    - Es posible que el plan no pague los medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos. Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Capítulo 9 de este documento (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)), tiene información sobre cómo presentar una apelación.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la examinaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento se deben cubrir. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos lo que ya pagó enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, incluya su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días (para reclamaciones médicas) y dentro de tres años (para reclamaciones de medicamentos)** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Para los Reembolsos de los miembros, tenemos formularios de reclamaciones disponibles a través del portal web. Aunque recomendamos enfáticamente que nuestros miembros utilicen el formulario para asegurarse de que se presente toda la documentación, no es necesario que lo hagan. También pueden presentar una copia de la factura sin el formulario. En cualquiera de los dos casos, deben incluir la información del proveedor, la fecha del servicio, los códigos de Terminología actual de procedimiento (Current Procedural Terminology, CPT) cuando corresponda, los códigos o descripciones de los diagnósticos y los montos facturados, junto con todos los registros médicos de los que dispongan y, si es necesario, una breve descripción del motivo por el que han necesitado atención. El miembro también debe presentar el comprobante de pago al mismo tiempo que presenta la reclamación. Son comprobantes de pago válidos los estados de cuenta bancaria o de la tarjeta de crédito o una copia del cheque cancelado.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.wellcare.com/healthnetCA) o llame a Servicios para los miembros y pida uno.

Envíenos su solicitud de pago, junto con las facturas o recibos de pago, a esta dirección:

Dirección de solicitud de pago
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

Para los medicamentos con receta de la Parte D, envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Dirección de solicitud de pago de la Parte D
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si la pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o medicamento

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos . Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso . Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o el medicamento o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que explicaremos las razones por las que no le estamos enviando el pago y cuáles son sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades interculturales (en otros idiomas que no sean el español, en audio, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellas con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También tenemos materiales disponibles en otros idiomas además del inglés que se hablan en el área de servicio del plan. También podemos proporcionarle información en audio, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以文化適合的方式提供，並且所有投保人皆能取得，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不全，或具有不同文化和種族背景的人士。計劃符合這些協助工具要求的範例包括但不限於：提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文字電話或電傳打字機電話）連線。

本項計劃有免費口譯員服務，可回答不會講英文的會員提出的問題。我們還為計劃服務區域內英語不是母語者提供英語以外的其他語言的資料。如果需要，我們也可以免費為您提供語音版本、點字

版、大字體印刷或替代格式的資訊。我們需要以可得取性和適合您的格式向您提供有關計劃給付的資訊。若要向我們取得適合您使用的資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃均需讓女性投保人可以選擇直接與網絡內的女性專科醫師聯絡，以取得女性例行性和預防性健康照護服務。

如果計劃網絡內的專科醫師無法提供服務，計劃有責任在網絡外尋找能提供您必要照護的專科醫師。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現計劃的網絡中沒有您所需承保服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解如何透過網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您無法從我們的計劃獲取適合您便於使用的格式之資訊，請致電會員服務部提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴□或直接致電民權辦公室，電話是 1-800-368-1019□或 TTY 1-800-537-7697。

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상적 서비스가 문화적으로 적절한 방식을 통해 제공되고, 제한된 영어 구사 능력 및 독해 능력, 청각 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 가입자를 포함하여 모든 가입자의 이용을 보장하기 위해 필요합니다. 하나의 플랜이 이러한 접근성 요구사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비 영어권 가입자들의 질문에 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 플랜 서비스 지역에서 통용되는 영어 이외의 언어로 작성된 자료도 제공합니다. 그리고 필요시 오디오, 점자, 큰 활자 인쇄 또는 기타 대체 형식으로 된 정보를 무료로 제공할 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 맞는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

여성의 정기적 예방 의료 서비스를 위해 네트워크 소속 여성 의료 전문의에게 직접 접근할 수 있는 옵션을 여성 등록자에게 제공해야 합니다.

전문 분야에 대한 제공자를 플랜의 네트워크에서 찾을 수 없을 경우 필요한 관리를 제공할 네트워크 외부의 전문 제공업체를 찾는 것은 플랜의 책임입니다. 이 경우 네트워크 내 비용 분담만 납부하게 됩니다. 플랜 네트워크에 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하는 전문가가 없는 경우 당사 플랜에 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 문의하십시오.

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 민권 담당국 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

Chương trình của quý vị được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiểu biết về văn hóa và dễ tiếp cận đối với tất cả những người đăng ký, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng việc dễ tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản).

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi cũng có sẵn tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh được sử dụng ở khu vực dịch vụ của chương trình. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin ở dạng âm thanh, chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn hoặc các định dạng khác thay thế miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch Vụ Thành Viên.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và định kỳ của phụ nữ.

Nếu không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, chương trình phải có trách nhiệm tìm bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí dịch vụ trong mạng lưới. Nếu quý vị cho rằng mình đang trong tình huống là không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình bao trả cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi chương trình đó để biết thông tin về nơi nhận dịch vụ này mà quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp rắc rối trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị, vui lòng gọi để gửi đơn khiếu nại tới Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp với Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

يلزم على خطتك الحرص على تقديم كل الخدمات، سواء أكانت سريرية أم غير سريرية، بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية والتأكد من أن كل المنتسبين يستطيعون الوصول إلى هذه الخدمات، بما في ذلك أولئك الذين لا يتقنون اللغة الإنجليزية جيدًا أو الذين لديهم قدرات قراءة محدودة أو إعاقة في السمع أو المنحدرين من خلفيات ثقافية وعرقية مختلفة. وتشمل الأمثلة التي تعكس كيف يمكن لخطة ما تلبية متطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات الترجمة أو خدمات الترجمة الفورية أو المُبْرِقَات الكاتِبة أو الاتصال بأجهزة TTY (هواتف الرسائل النصية أو المُبْرِقَات الكاتِبة).

تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة التي يطرحها الأعضاء الذين لا يتكلمون اللغة الإنجليزية ولدينا أيضًا مواد متوفرة بلغات أخرى غير الإنجليزية متداولة في منطقة الخدمة الخاصة بالخطة. ويمكننا أيضًا تزويدك بالمعلومات بتنسيق صوتي أو بطريقة برايل أو بالطباعة الكبيرة أو بأي تنسيقات بديلة أخرى إذا كنت بحاجة إليها من دون أن تتحمل أي تكلفة. نحن مطالبون بتزويدك بالمعلومات المتعلقة بمزايا الخطة بتنسيق يناسبك وتستطيع الوصول إليه بسهولة. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

يلزم على خطتنا منح المنتسبات خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي بصحة المرأة ضمن الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية النسائية الروتينية والوقائية.

في حال عدم توافر مقدمي خدمات لاختصاص معين ضمن شبكة الخطة، تتولى الخطة مسؤولية العثور على مقدمي خدمات اختصاصيين من خارج نطاق الشبكة قادرين على تقديم الرعاية اللازمة لك. في هذه الحال، ستدفع فقط مشاركة التكلفة ضمن الشبكة. في حال لم تجد اختصاصيين يمكنهم تغطية الخدمة التي تحتاج إليها ضمن شبكة الخطة، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك أن تقصده للحصول على هذه الخدمة مع مشاركة التكلفة ضمن الشبكة.

إذا واجهت أي مشكلة في الحصول على المعلومات من خطتنا بتنسيق يناسبك وتستطيع الوصول إليه بسهولة، فيرجى الاتصال لتقديم تظلم إلى قسم خدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare من خلال الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً إلى Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو على رقم TTY: 1-800-537-7697.

طرح شما موظف است اطمینان حاصل کند که همه خدمات، اعم از بالینی و غیربالینی، به شیوه‌ای مناسب به لحاظ فرهنگی ارائه می‌شوند و برای همه ثبت‌نام‌شدگان، از جمله افرادی با مهارت انگلیسی محدود، مهارت‌های خواندن محدود، مشکل شنوایی، یا افراد با پیش‌زمینه فرهنگی و قومی متنوع قابل دسترسی است. نمونه‌هایی از اینکه چگونه یک طرح ممکن است این الزامات دسترسی را برآورده کند، شامل اما نه محدود به ارائه خدمات مترجم کتبی، خدمات مترجم شفاهی، تله‌تایپ، یا تماس TTY (تلفن متنی یا تلفن تله‌تایپ) می‌شود.

در طرح ما مترجم شفاهی رایگان در دسترس است تا به سؤالات اعضای غیرانگلیسی‌زبان پاسخ دهد: ما همچنین محتوایی به زبان‌هایی به غیر از انگلیسی داریم که در محدوده ارائه خدمات طرح به آن زبان‌ها صحبت می‌شوند. همچنین می‌توانیم در صورت نیاز شما و به رایگان اطلاعات را در قالب‌های صوتی، بریل، چاپ درشت، یا سایر قالب‌های جایگزین ارائه دهیم. ما موظفیم اطلاعات مربوط به مزایای طرح را در قالبی که برای شما مناسب و قابل دسترسی است ارائه دهیم. برای کسب اطلاعات از ما به شیوه‌ای که برای شما مناسب است، لطفاً با "خدمات اعضا" تماس بگیرید.

طرح ما موظف است به ثبت‌نام‌شدگان خانم گزینه دسترسی مستقیم به متخصص سلامت بانوان در داخل شبکه و برای خدمات مراقبت سلامت پیشگیرانه و روتین بانوان را بدهد.

اگر برای تخصصی، ارائه‌دهنده‌ای در شبکه طرح موجود نباشند، این مسئولیت طرح است تا ارائه‌دهندگان متخصص خارج از شبکه‌ای را بیابد که خدمات لازم را به شما می‌دهند. در اینصورت، شما فقط تسهیم هزینه درون-شبکه را خواهید پرداخت. اگر وضعیتی برایتان پیش بیاید که هیچ متخصصی در شبکه وجود نداشته باشد تا خدمات مورد نیاز شما را ارائه دهد، با طرح تماس بگیرید تا اطلاعات مربوط به جایی را به شما بدهد که باید برای دریافت این خدمات با تسهیم هزینه درون-شبکه به آن مراجعه کنید.

اگر در کسب اطلاعات از طرح خود در قالبی که برای شما در دسترس و مناسب است با مشکل مواجهید، لطفاً برای طرح شکایت با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا تماس مستقیم با Office for Civil Rights به شماره 1-800-368-1019 یا TTY به شماره 1-800-537-7697 شکایتی را نزد Medicare مطرح کنید.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que sea un proveedor de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (por ejemplo, un ginecólogo) sin necesidad de remisión.

Usted tiene derecho a programar citas y recibir servicios cubiertos de parte de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo de tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica qué hacer.

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

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

- Su información de salud personal incluye la **información personal** que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice* (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para

investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para los medicamentos con receta de la Parte D.
    - **Nota:** nuestro plan no recompensa a los médicos, proveedores o empleados que realicen revisiones de utilización, incluidas las de las entidades delegadas. La toma de decisiones de la Gestión de utilización (Utilization Management, UM) se basa únicamente en la idoneidad de la atención y el servicio, y en la existencia de cobertura. Además, el plan no recompensa específicamente a los profesionales u otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos económicos para los responsables de la toma de decisiones de la Gestión de utilización (UM) no fomentan las decisiones que dan lugar a una infrautilización.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender.*

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante State of California Department of Justice Office of the Attorney General.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud o quejas y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros

Si tiene algún problema o inquietud, o bien, si tiene alguna sugerencia para mejorar nuestra política de derechos de los miembros, comparta con nosotros sus comentarios comunicándose con Servicios para los miembros.

Sección 1.8 Evaluación de nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen los procedimientos, los medicamentos, los productos biológicos o los dispositivos que se hayan desarrollado recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas, o son aplicaciones nuevas de procedimientos, medicamentos, productos biológicos y dispositivos que ya existían. Nuestro plan sigue, cuando así corresponda, lo establecido por las Determinaciones de cobertura local y nacional de Medicare.

En la ausencia de una determinación de cobertura de Medicare, nuestro plan evalúa la nueva tecnología o las nuevas aplicaciones de tecnologías existentes para su inclusión en los planes de beneficios correspondientes con el fin de asegurar que los miembros tengan acceso a la atención médica segura y eficaz al llevar a cabo una valoración crítica de la literatura médica publicada actual de publicaciones revisadas por colegas, incluyendo las revisiones sistemáticas, los ensayos controlados aleatorizados, los estudios con cohortes, los estudios de control de casos, los estudios de pruebas de diagnóstico con resultados estadísticamente significativos que demuestren la seguridad y eficacia, así como la revisión de evidencia que se base en las pautas desarrolladas por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas. Nuestro plan también toma en cuenta las opiniones, recomendaciones y evaluaciones realizadas por médicos practicantes, asociaciones médicas reconocidas a nivel nacional, incluyendo las sociedades de especialidades médicas, los paneles de consenso u otras organizaciones de investigación y de evaluación de tecnología con reconocimiento a nivel nacional, los informes y publicaciones de agencias gubernamentales (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug, Administration, FDA), los Centros para el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC) y los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH)).

Sección 1.9 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. Tiene derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares en donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones en Medicare*. (La publicación está disponible en: es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre la Evidencia de cobertura sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**

Muestre su tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de California Medi-Cal (Medicaid) cada vez que obtenga su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.

- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que pueda entender. Usted tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y ayudar a establecer los objetivos del tratamiento con los que usted y su médico estén de acuerdo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos más altos (según lo informado en su última declaración de impuestos), deberá seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, tenemos que saberlo** para que mantengamos su registro de miembro actualizado y sepamos cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que lo notifique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar sus problemas depende de dos cosas:

1. Si el problema tiene que ver con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si necesita ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare o de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios para los miembros.
2. El tipo de problema que tiene:
    - Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
    - Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas;** también denominados reclamos.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para simplificar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura o determinación de riesgo y Organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio de atención al cliente para solicitar ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, también puede querer ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación se indican dos entidades que pueden ayudarle.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe utilizar para gestionar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y URL del sitio web.

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda. Para llamar a Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de California Medi-Cal (Medicaid).

Método	California Medi-Cal (Medicaid) (programa de Medicaid de California) – Información de contacto
LLAME A	1-800-541-5555 1-916-552-9200 1-916-449-5000 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico (PT)
TTY	1-800-430-7077 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
SITIO WEB	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

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

Dado que cuenta con Medicare y recibe asistencia de California Medi-Cal (Medicaid), deberá recurrir a distintos procesos para manejar un problema o una queja. Los procesos que utilice dependerán de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los de California Medi-Cal (Medicaid). Si el problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, deberá utilizar el proceso de Medicare. Si el problema está relacionado con un beneficio cubierto por California Medi-Cal (Medicaid), deberá utilizar el proceso de California Medi-Cal (Medicaid). Si necesita ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare o el de California Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con Servicios para los miembros.

Los procesos de Medicare y de California Medi-Cal (Medicaid) se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla que se encuentra a continuación.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicaid o de Medicare?

Si necesita ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o de Medicaid, comuníquese con Servicios para los miembros.

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare**.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Cómo manejar los problemas acerca de sus beneficios de Medicare**.

Mi problema es sobre la cobertura de **Medicaid**.

Vaya a la **Sección 12** de este capítulo **Cómo manejar los problemas acerca de sus beneficios de Medicaid.**

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejo de problemas con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para resolver problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare.**

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o queja sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o los medicamentos con receta de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a **Sección 11**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

SECCIÓN 5 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar, por lo general, nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones es el que usted utiliza para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le remite a un especialista que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista o que la Evidencia de cobertura deje claro que el servicio remitido no está cubierto nunca, en ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no tiene la certeza de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir no cubrir atención médica o que esta ya no esté cubierta por Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y no se siente satisfecho con ella, usted puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 que será evaluada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Si desea más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- En el caso de apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá hacer una apelación de Nivel 2. Encontrará más información sobre las apelaciones relacionadas con la Parte D en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar a Servicios para los miembros**.
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá de Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para los miembros y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA).

- Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro diferentes situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer las secciones 8 y 9 de este Capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se denomina **determinación de la organización.** Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación acelerada.**

Paso 1: decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Se toma una decisión de cobertura estándar usualmente dentro de un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Se toma una decisión de cobertura rápida generalmente dentro de un plazo de 72 horas para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo* podrá solicitar cobertura para artículos médicos y/o servicios (no podrá solicitar pagos por artículos y/o servicios que ya haya recibido).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explique que usaremos los plazos estándar.
  - Explique que si su médico nos pide una decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - Explique cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 3: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico.** Si está solicitando un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida usamos un plazo de tiempo acelerado.
Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedir que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de

atención médica que quiere. Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan. Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar se lleva a cabo, por lo regular, en un plazo de 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación acelerada se lleva a cabo, por lo regular, en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando la decisión que hemos tomado sobre la cobertura por la atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere de una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida como se indica en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación enviando una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o puede llamarnos**. El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada podrían ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o que le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información que respalde su apelación.**

Paso 3: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

- Si es necesario, es posible que nos comuniquemos con su médico para recopilar más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
    - Sin embargo; si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que le pudiera beneficiar, es posible que **nos tome hasta más de 14 días calendario** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud se trata de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas (o al final del periodo de tiempo extendido, si es que tomamos días adicionales), se nos exige que enviemos automáticamente su solicitud al proceso de apelaciones de Nivel 2, en donde la revisará una Organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a una Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La Organización de revisión independiente le notificará por escrito cuándo reciban su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es sobre un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos respuesta en un **plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
    - Sin embargo; si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que le pudiera beneficiar, es posible que **nos tome hasta más de 14 días calendario** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud se trata de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si usted considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le daremos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

- Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo convenido (o al final del periodo de tiempo extendido), se nos exige que enviemos automáticamente su solicitud al proceso de apelaciones de Nivel 2, en donde la revisará una Organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o en **un plazo de 7 días** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de lo que solicitó, enviaremos su solicitud automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la Organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente** A veces se la denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity)

La **Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.

- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de **14 días calendario** de recibida la decisión de la Organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la Organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares.** Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la Organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
  - Explicarle su decisión.
  - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.

- Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si usted ya ha pagó por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolverle el dinero a menudo se le llama **reembolsar**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando usted nos envíe una factura que ya haya pagado, la examinaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que se deben cubrir, le reembolsaremos lo que usted pagó por los servicios o medicamentos.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 6.3. Para presentar una apelación para el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la Organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte el/los Capítulo 5. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D**. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o medicamento *de la Parte D*. También utilizamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**

- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar una aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la "Lista de medicamentos" se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al formulario** Pedir la eliminación de una restricción de cobertura de un medicamento se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al formulario** Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción de nivel**

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tomemos en cuenta su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra "Lista de medicamentos".** No puede pedir una excepción respecto del monto de costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra "Lista de medicamentos".

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la "Lista de medicamentos" incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y vigente para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada.**

Paso 1: decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- Usted debe estar solicitando *un medicamento que aún no ha recibido.* (No puede solicitar que se le reembolse una decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándar podría *ocasionar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad física.*

- **Si su médico u otra persona que receta nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente se la daremos.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o recetador, nosotros decidiremos si su salud requiere que le brindemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explica que si su médico u otra persona que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una.
  - Le informa cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamación en un plazo máximo de 24 horas a partir de su recepción.

Paso 2: solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluido un formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona que prescribe) o su representante pueden hacerlo. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 5 de este capítulo explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que es la razón médica de la excepción. Su médico u otra persona que receta puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otra persona que receta puede informarnos por teléfono y, a continuación, enviaros la declaración por fax o correo, si es necesario.

Paso 3: nosotros consideramos su solicitud y le damos respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas posteriores** a la recepción de su solicitud.
  - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado ofrecerle dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica el porqué de esta negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores** a la recepción de su solicitud.

  - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica el por qué de nuestra negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los **14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también estamos obligados a realizar el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica el por qué de nuestra negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto implica volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **reconsideración.** Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada.**

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele solicitarse en un plazo de 7 días. Una apelación rápida suele solicitarse en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, su médico o la persona autorizada a dar recetas deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito , o llámenos**. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-800-431-9007 (TTY: 711).** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique el motivo por el cual su apelación se retrasó al momento de solicitar la apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

Paso 3: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más de los **7 días calendario** después de recibida su apelación. **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, e enviaremos una declaración por escrito en la que se le explica por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para el reembolso por un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión dentro de ese plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la Organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente** A veces se la denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity)

La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: usted (su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta concederle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de una apelación estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización de revisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización de revisión.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso del costo** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización de revisión.

¿Qué sucede si la Organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión.** También se denomina **rechazar su apelación).** En este caso, la Organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando cumple una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Indicándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que usted recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital.

Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso ***no*** **significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión rápida de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad antes de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche del día del alta**.
    - **Si usted cumple con este plazo**, se lo autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
    - **Si *no* cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4.

Una vez que solicite una revisión rápida de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos contactemos, le daremos un Aviso detallado de alta. Este aviso le brinda la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del Aviso detallado de alta llamando a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY

deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos los revisores para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.

- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después de Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.

- En el Nivel 3, un juez administrativo o árbitro revisa su apelación. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su alta hospitalaria?

Término legal
A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada.**

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la 0rganización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

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

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: hacemos una revisión rápida de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de que usted pida una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación, su caso ser enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Término legal
El nombre formal para la Organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente** A veces se la denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity)

La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos devolverle el dinero de la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir

brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
- En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito cómo iniciar un proceso de revisión de apelación de Nivel 3, que la maneja un juez administrativo o árbitro.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios cubiertos de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal
Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le indicará:

   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un periodo de tiempo más largo.

2. **Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un periodo más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: haga su apelación de Nivel 1; comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O bien, busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actué rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha efectiva** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare* (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC).
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y todavía quiere presentar una apelación, debe hacerlo directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal
Explicación detallada de no cobertura Aviso que ofrece los detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá una **explicación detallada de no cobertura** donde se explican las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención de la salud a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o árbitro.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después de Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con su apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o árbitro. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 *alternativa*

Término legal
A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada.**

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pídanos una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención de la salud a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal para la Organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente** A veces se le denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity**)**

Paso a paso: proceso de Apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su apelación rápida. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada. **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
- En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Solicitudes de Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un **juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Solicitudes para apelaciones de Niveles 3, 4, y 5 de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez (denominado "juez administrativo") o un árbitro que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Juez administrativo o árbitro **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el árbitro rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que

fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución**.**

- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestra atención en Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Ha pedido que le demos una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la Organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una **queja** también se denomina **reclamo** • **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo** • **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo** • Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**

Sección 11.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar su queja. A esto lo denominamos Procedimiento de reclamo.** Para presentar una queja, o si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame a Servicios para los miembros. O bien, puede enviarnos por correo una solicitud por escrito a la dirección que se indica en *Quejas sobre la atención médica* o *Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D* en el Capítulo 2 de este documento.
    - Si solicita una respuesta por escrito, si presenta una queja por escrito (reclamo) o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito.
    - Debe presentar su queja dentro de los 60 días calendario posteriores al evento. Puede presentar su queja formalmente, por escrito, en la dirección que se indica en *Quejas sobre la atención médica* o *Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D* en el Capítulo 2 de este documento.
    - Debemos notificarle nuestra decisión sobre su queja tan pronto como lo requiera su caso según su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario después de que hayamos recibido su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si solicita la extensión, o si corroboramos la necesidad de obtener información adicional y la demora es para su conveniencia.
    - En determinados casos, usted tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Esto se denomina Procedimiento de reclamo acelerado. Usted tiene derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:

- Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una solicitud de atención médica o medicamentos de la Parte D.
- Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una apelación de servicios o medicamentos de la Parte D rechazados.
- Decidimos que se necesita tiempo adicional para revisar su solicitud de atención médica.
- Decidimos que se necesita tiempo adicional para revisar su apelación de atención médica rechazada.

- Puede presentar este tipo de queja por teléfono llamando a Servicios para los miembros. También puede presentarnos una queja por escrito a la dirección que se indica en *Quejas sobre la atención médica* o *Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D* en el Capítulo 2 de este documento. Una vez que recibamos el reclamo acelerado, un profesional clínico revisará el caso para determinar los motivos por los que se rechazó su solicitud de revisión rápida o si la extensión del caso era adecuada. Le notificaremos la decisión del caso rápido verbalmente y por escrito en un plazo de 24 horas después de que recibamos su queja.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos una **respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente con la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo manejar sus problemas con sus beneficios de Medicaid

Si cree que se le ha negado indebidamente un servicio o el pago por un servicio cubierto por Medicaid, tiene derecho a apelar nuestra decisión ante Medicaid. Para presentar una queja o una apelación sobre un servicio de Medicaid, póngase en contacto con Medicaid. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2, sección 6.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) puede ser de forma **voluntaria** (cuando lo decide usted) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo atención médica y los medicamentos con receta y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en nuestro plan porque tiene Medicare y Medicaid

Muchas personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solo durante determinados momentos del año. Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un nuevo plan una vez durante cada uno de los siguientes Periodos de inscripción especial:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Si usted se inscribió a nuestro plan durante alguno de estos periodos, tendrá que esperar hasta el próximo periodo para finalizar su membresía o cambiar a un plan nuevo. Usted no puede utilizar este Periodo de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. No obstante, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios desde el 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Periodo de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información acerca del Periodo de inscripción anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
  - Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

  Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un periodo continuo de 63 días o más,

es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para averiguar sobre las opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono figuran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan. La inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el **Periodo de inscripción anual** (también conocido como el Periodo de inscripción abierta anual). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Periodo de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año**. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare

    U

  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía terminará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D al inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **El Periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Periodo anual de inscripción abierta de Medicare Advantage,** puede hacer lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este periodo, en ese momento, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Periodo de inscripción especial

En determinadas situaciones, usted puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Periodo de inscripción especial.**

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene el California Medi-Cal (Medicaid).
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC).
- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota**: La Sección 2.1 le ofrece más información sobre el periodo especial de inscripción para personas con Medicaid.

Los periodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Periodo de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- O *bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de Medicare de medicamentos con receta, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no recibir inscripción automática.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: La Sección 2.1 y Sección 2.2 le informarán más sobre Periodo de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- **Llame a Servicios para los miembros**
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You (Medicare Y Usted) de 2024***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare ○ Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros. • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un periodo continuo de 63 días o más, es

posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios California Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con California Medi-Cal (Medicaid), 1-800-541-5555, TTY 1-800-430-7077, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico (PT). Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan el modo en que obtiene su cobertura de California Medi-Cal (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos y su atención médica y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe seguir obteniendo sus artículos médicos, su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestra red de proveedores para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red *o el servicio de pedido por correo* para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está internado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Debemos cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si ya no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan, su membresía en este plan finalizará después de seis meses. Recibirá un aviso de nuestra parte informándole del final de su membresía y sus opciones. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad, comuníquese con Servicios para los miembros.
  - El periodo que se considera elegibilidad continua del plan es de seis meses. El periodo que se considera de elegibilidad continua comienza el primer día del mes siguiente al mes en el que pierde el estado de necesidades especiales.
- Si se muda fuera del área de servicio.

- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía puede llamar a Servicios para los miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage) es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan de salud cumple con las leyes federales de derechos civiles. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), nuestro plan, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan a través de su plan Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

En caso de lesión

Si alguna vez se lesiona, enferma o sufre una afección como resultado de las acciones de otra persona, compañía o usted mismo (una “parte responsable”), nuestro plan brindará beneficios por los servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o afección, ya sea a través de un acuerdo, sentencia o cualquier otro pago asociado con su lesión, enfermedad o afección, nuestro plan y/o los proveedores que lo tratan podrán recuperar el valor de cualquier servicio que se le proporcione a través de este Plan de acuerdo con la ley estatal aplicable.

Tal como se utiliza a lo largo de esta disposición, el término "parte responsable" significa cualquier persona o entidad real o potencialmente responsable de su lesión, enfermedad o afección. El término parte responsable incluye el asegurador de la responsabilidad u otro asegurador de la persona o entidad responsable.

Algunos ejemplos de cómo podría lesionarse, enfermarse o sufrir una afección a través de las acciones de una parte responsable, incluyen, entre otros:

- Tiene un accidente automovilístico;
- Se resbala y cae en una tienda; o
- Está expuesto a una sustancia química peligrosa en el trabajo.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a todos y cada uno de los montos que reciba de la parte responsable, incluidos, entre otros:

- Pagos realizados por un tercero o cualquier compañía de seguros a nombre del tercero;
- Cobertura de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente;
- Protección contra lesiones personales, sin culpa o cualquier otra cobertura de la primera parte;
- Indemnización laboral o Acuerdo o indemnización por discapacidad;
- Cobertura de pagos médicos en virtud de una póliza de seguro de automóvil, póliza de seguro de la propiedad o del hogar o cobertura general;
- Cualquier acuerdo o sentencia relacionados con una demanda u otra acción legal; o
- Cualquier otro pago de cualquier otra fuente recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este plan, usted acepta que nuestro plan tiene un derecho prioritario de subrogación y reembolso que se aplica cuando este plan ha pagado beneficios por los Servicios cubiertos que recibió debido a las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante recupera, o tiene derecho a recuperar, cualquier monto de una parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este plan, usted también (i) cede a nuestro plan su derecho a recuperar los gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los Servicios cubiertos

brindados por el plan en relación con su lesión, enfermedad o afección, y (ii) acepta indicar específicamente a la parte responsable que reembolse directamente al plan en su nombre.

Al aceptar los beneficios de este plan, usted también le otorga a nuestro plan un derecho de retención de primera prioridad sobre cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación y todo reembolso por el costo total de los beneficios por los Servicios cubiertos pagados en virtud del plan relacionados con su lesión, enfermedad o afección debido a acciones u omisiones de una parte responsable. Esta prioridad se aplica independientemente de si los montos se identifican específicamente como una recuperación de gastos médicos e independientemente de si se le indemniza por su pérdida en su totalidad. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan sin tener en cuenta ningún reclamo por culpa de su parte, ya sea por negligencia comparativa o de otro tipo. No se pueden deducir honorarios de abogados del rembolso de nuestro plan, y nuestro plan no está obligado a pagar ni contribuir a pagar los costos judiciales ni los honorarios del abogado contratado para llevar adelante el reclamo o la demanda contra cualquier parte responsable.

Pasos que debe seguir

Si se lesiona, se enferma o sufre una afección a causa de una parte responsable, debe cooperar con los esfuerzos de nuestro plan y/o del proveedor tratante para recuperar sus gastos, que incluyen:

- Comunicar a nuestro plan o al proveedor tratante, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o su abogado, si lo conoce; el nombre y la dirección de su abogado, si está utilizando un abogado; el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros involucrada y una descripción de cómo se produjo la lesión, enfermedad o afección.
- Completar toda la documentación que nuestro plan o el proveedor tratante puedan razonablemente requerir para ayudar a hacer valer el derecho de retención o recuperación.
- Responder con prontitud a las consultas de nuestro plan o del proveedor tratante sobre el estado del caso o reclamación y cualquier discusión sobre un acuerdo.
- Notificar a nuestro plan inmediatamente después de que usted o su abogado reciban dinero de las partes responsables o de cualquier otra fuente.
- Pagar el gravamen médico o el monto de recuperación del plan proveniente de cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación, incluido el pago de todos los reembolsos adeudados a nuestro plan por el costo total de los beneficios pagados en virtud del plan relacionados con su lesión, enfermedad o afección causada por una parte responsable, independientemente de si se identifica específicamente como recuperación de gastos médicos e independientemente de si se le indemniza por su pérdida en su totalidad;
- No hacer nada que perjudique los derechos de nuestro plan según lo establecido anteriormente. Esto incluye, entre otros, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir del acuerdo o recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de negar a nuestro plan su derecho prioritario de recuperación o gravamen.
- Mantener en fideicomiso cualquier dinero que usted o su abogado reciban de las partes responsables, o de cualquier otra fuente, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor tratante, según corresponda, el monto de la recuperación adeudado al plan según corresponda tan pronto como se le

pague y antes del pago a cualquier otro titular potencial de gravamen o terceros que reclamen un derecho de recuperación.

- Debe cooperar con nosotros para obtener dichas recuperaciones o pagos.

SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro

La tarjeta de miembro emitida por nuestro plan para esta *Evidencia de cobertura* es solamente para fines de identificación. La posesión de una tarjeta de miembro no confiere ningún derecho a los servicios u otros beneficios que se ofrecen bajo esta *Evidencia de cobertura*. Para tener derecho a los servicios o beneficios que se ofrecen bajo esta *Evidencia de cobertura*, el titular de la tarjeta debe ser elegible para la cobertura y estar inscrito como miembro bajo esta *Evidencia de cobertura*. Toda persona que reciba servicios a los que no tenga derecho bajo esta *Evidencia de cobertura* será responsable del pago de dichos servicios. El miembro debe presentar la tarjeta de miembro del plan, no la tarjeta de Medicare, en el momento de recibir el servicio. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-431-9007 (TTY 711) si necesita que le sustituyan su tarjeta de miembro.

Nota: Todo miembro que permita a sabiendas el abuso o mal uso de la tarjeta de miembro podrá ser dado de baja por causa justificada. Nuestro plan está obligado a informar a la Oficina del Inspector General sobre la cancelación de la membresía por abuso o mal uso de la tarjeta de miembro, lo que puede dar lugar a un proceso penal.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y cada proveedor participante es una relación de contratista independiente. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de nuestro plan; además, ni nuestro plan, ni ningún empleado de nuestro plan, es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso nuestro plan será responsable de la negligencia, el acto ilícito o la omisión de cualquier proveedor de atención médica participante o de otro tipo. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el miembro. Nuestro plan no es un proveedor de atención médica.

SECCIÓN 7 Fraude al plan de salud

El fraude al plan de salud se define como un engaño o una tergiversación al plan por parte de un proveedor, un miembro, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito que puede ser procesado legalmente. Cualquier persona que participe deliberadamente y a sabiendas en una actividad destinada a defraudar al plan de salud, por ejemplo, presentando una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, podría ser culpable de fraude al plan de salud.

Si le preocupa alguno de los cargos que aparecen en una factura o en un formulario de Explicación de beneficios, o si sabe o sospecha de alguna actividad ilegal, llame gratis a la Línea directa contra el fraude de nuestro plan al 1-866-685-8664 (TTY: 711). La Línea directa contra el fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

SECCIÓN 8 Circunstancias ajenas al plan

En la medida en que circunstancias tales como una catástrofe natural, una guerra, un motín, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de instalaciones, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad de personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros acontecimientos similares que no estén bajo el control de nuestro plan, causen que las instalaciones o el personal de nuestro plan no estén disponibles para proporcionar o disponer de los servicios o beneficios bajo esta *Evidencia de cobertura*, la obligación del plan de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requerimiento de que nuestro plan haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar o disponer de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus instalaciones o personal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o del pago de servicios o medicamentos que usted ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: área geográfica donde debe residir para poder inscribirse a determinado plan de salud. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Este plan debe cancelar su inscripción si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan.

Asociación de prácticas independientes (Independent Practice Association, IPA): una asociación de médicos, incluidos los médicos de atención primaria (PCP) y los especialistas; así como otros proveedores de atención médica, incluidos los hospitales, que tiene contrato con el plan para brindar servicios a los afiliados. Consulte .

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están mencionados en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare o del estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar: es un medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una receta nueva para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables cumplen requisitos adicionales que permiten sustituirlos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Cancelar o cancelación de la inscripción: es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería o rehabilitación especializada que se brindan todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de los servicios del centro incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero registrado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o

psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico para pacientes externos: un centro quirúrgico para pacientes externos es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos para pacientes externos a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto (por ejemplo, 20%) que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "costo compartido" diario es de $1 por día.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costo de suministro: una cuota que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que el farmacéutico necesita para preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan acerca desi los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos protésicos y ortésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, (y, en el caso de tratarse de una mujer embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $8,000 en

medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de los medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen $5,030.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro Formulario (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Grupo médico: una asociación de médicos, incluidos los médicos y proveedores de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), especialistas y demás proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que tienen contrato con el plan para prestar servicios a los afiliados. Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en la que las personas inscritas pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica para la persona inscrita sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye información sobre montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que brinda un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por

un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia.

Individuo elegible dual: una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas, de la cobertura de la Parte D, por parte del Congreso. Ciertas categorías de los medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo extra que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertosdentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. (**Nota:** dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si es que usted pasa 63 días continuos o más sin cobertura para la Parte D o alguna otra cobertura acreditable para medicamentos con receta.

Organización de mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal quienes verifican y mejoran la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago de servicio)**:** el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de

atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que a usted le corresponde. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un periodo de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Periodo de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare cuando es elegible para recibir Medicare por primera vez. Si es elegible para recibir Medicare al cumplir los 65 años de edad, su Periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años, y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un(a) i) Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos y sociales, y servicios de apoyo y

atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales de elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP): los planes de necesidades especiales inscriben a las personas que tienen derecho tanto Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a recibir asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de cada persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los "periodos sin cobertura" de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico: es un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de descuentos para el periodo sin cobertura de Medicare: un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del periodo sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

proveedor de atención primaria (PCP) En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los llamamos **proveedores de la red** cuando tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También se incluyen quejas si su plan no sigue los plazos en el proceso de apelaciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida alguna queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia que no son de emergencia y que se brindan cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, si se necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tarjeta Spendables™ de Wellcare: una tarjeta de débito, precargada por el plan, que se puede utilizar para pagar los artículos según se describe en la Tabla de beneficios médicos.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) Servicios para los miembros

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-431-9007 Las llamadas son gratis. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Recuerde que en fines de semana y días feriados del 1 de abril al 30 de septiembre, el sistema telefónico automatizado puede responder. Deje su nombre y número telefónico y le llamamos en un (1) día hábil. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratis de interpretación para los que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas son gratis. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los asesores atienden de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los asesores atienden de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222
TTY	711
ESCRIBA A	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/hicap/

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA): *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*