Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Wellcare Simple Focus (HMO)

Este documento le proporciona los detalles sobre su cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **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 1-800-275-4737 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). 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. a 8 p.m. Esta llamada es gratis.

Este plan, Wellcare Simple Focus (HMO), es ofrecido por Health Net of California, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a Health Net of California, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Wellcare Simple Focus (HMO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. 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 deducibles, y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

Es posible que el formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores cambien 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 derechos. Utilice este documento para comprender acerca de lo siguiente:

- La prima del 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 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: August 31, 2026)
CA5CNCEOC60513S_0125
H0562_125_2025_CA_EOC_HMAPD_155475S_C
H0562125000

Evidencia de cobertura de 2025

Índice

Capítulo 1: ***Primeros pasos como miembro*** **7**

SECCIÓN 1 Introducción 7

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

SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá 9

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Wellcare Simple Focus (HMO) 11

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 16

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 16

Capítulo 2: ***Números de teléfono y recursos importantes*** **19**

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros) 19

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 24

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 27

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 28

SECCIÓN 5 Seguro Social 28

SECCIÓN 6 Medicaid 29

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 30

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 34

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador? 34

Capítulo 3: ***Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*** **36**

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 36

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica 38

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 42

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 45

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? ... 46

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica ... 48

SECCIÓN 7 Normas para la posesión del equipo médico duradero ... 49

Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* ... 52

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos ... 52

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar ... 53

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? ... 110

Capítulo 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* ... 114

SECCIÓN 1 Introducción ... 114

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan ... 114

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan ... 119

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos ... 122

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? ... 123

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? ... 126

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? ... 128

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta ... 130

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 130

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos ... 132

Capítulo 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* ... 136

SECCIÓN 1 Introducción ... 136

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento ... 139

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra ... 139

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), Nivel 5 (medicamentos especializados) 141

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 142

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D 150

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene .. 150

Capítulo 7: *Cómo puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos* 154

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 154

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 156

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 157

Capítulo 8: *Sus derechos y responsabilidades* 160

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan 160

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 166

Capítulo 9: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 169

SECCIÓN 1 Introducción 169

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 169

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 170

SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 171

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 174

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 182

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 192

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 197

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 201

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 204

Capítulo 10: *Cancelación de su membresía en el plan* 209

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan 209

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 209

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 211

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 212

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 213

Capítulo 11: *Avisos legales* 216

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 216

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 216

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 216

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan a través de su plan Wellcare Simple Focus (HMO) 217

SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro 219

SECCIÓN 6 Contratistas independientes 219

SECCIÓN 7 Fraude al plan de salud 219

SECCIÓN 8 Circunstancias ajenas al plan 220

Capítulo 12: *Definiciones de palabras importantes* 222

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Wellcare Simple Focus (HMO), que es un plan de Medicare HMO

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Wellcare Simple Focus (HMO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Original Medicare.

Wellcare Simple Focus (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura que se brinda conforme a 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 los medicamentos con receta. 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 y los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de Wellcare Simple Focus (HMO).

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 de *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 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan dentro del área de servicio en la que usted se encuentra después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan 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 lo hacen elegible 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 2.2, 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 resida legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para Wellcare Simple Focus (HMO)

Nuestro plan está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted 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: Los Angeles y Orange.

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 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

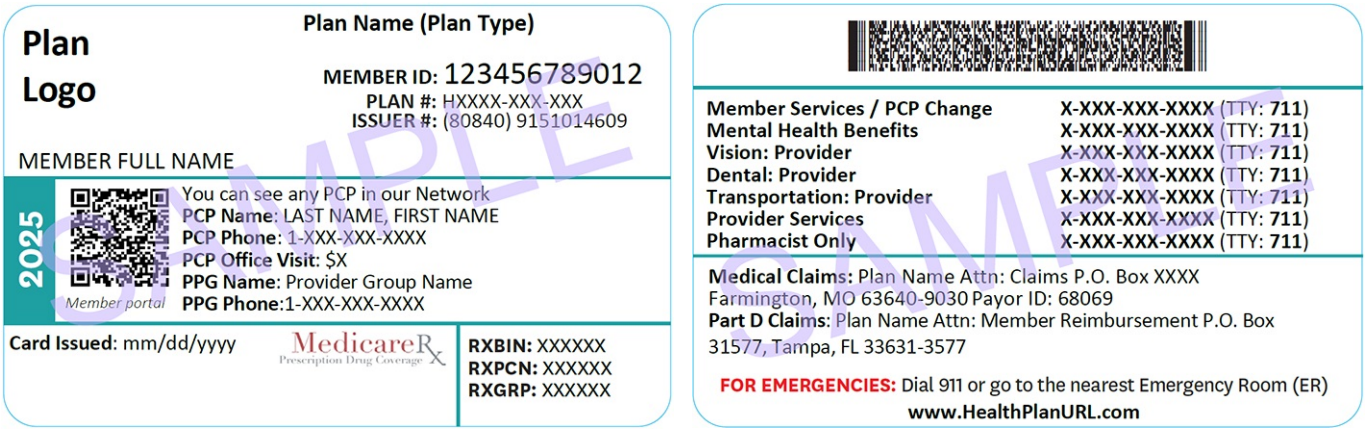
Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a

Wellcare Simple Focus (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Wellcare Simple Focus (HMO) 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 miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un ejemplo de tarjeta de miembro para que vea 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 Simple Focus (HMO), 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 de farmacias

El *Directorio de proveedores y de farmacias* enumera los proveedores y las farmacias actuales 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 una HMO para prestar servicios a las personas inscritas.

Debe utilizar proveedores dentro de la red para recibir atención médica y servicios. Es posible que también tenga que utilizar proveedores que estén dentro de su Grupo médico de proveedores de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Si desea consultar a un proveedor que no está dentro de su Grupo médico de PCP, es posible que tenga que cambiar de PCP. Además, es posible que esté limitado a los proveedores dentro de la red de su Proveedor de atención primaria (PCP) y/o Grupo médico. Esto significa que el PCP y/o el Grupo médico que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales que puede utilizar. Si acude a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar por completo. Las únicas excepciones son las emergencias, 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 Simple Focus (HMO) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.2025wellcaredirectories.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y de farmacias*, puede solicitar una (en formato electrónico o impreso) a través de Servicios para los miembros. Las solicitudes de *Directorios de proveedores y de farmacias* en formato impreso se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. Puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas sus calificaciones, facultad de medicina a la que asistieron, finalización de la 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 relacionados con nuestros proveedores de la red.

El *Directorio de proveedores y de farmacias* www.2025wellcaredirectories.com 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 de 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.

El *Directorio de proveedores y de farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y de farmacias* puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.2025wellcaredirectories.com.

Sección 3.3 La 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 Simple Focus (HMO). 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 Simple Focus (HMO).

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que restrinjan 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 llame a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Wellcare Simple Focus (HMO)

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 el ingreso (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual de 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

Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin pagar la prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para 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 acreditable para medicamentos con receta. La cobertura acreditable para medicamentos con receta 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.

Cuando se inscribe por primera vez en Wellcare Simple Focus (HMO), le informamos el monto de la multa.

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 consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura acreditable para medicamentos a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA). 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 acreditable para medicamentos con receta 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 acreditable para medicamentos con receta: 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:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2025, el monto promedio de la prima es de $36.78.
- 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 $36.78, que es igual a $5.15. Esto se redondea a $5.20. 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 <u>menor</u> de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de 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 dos 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 generalmente 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 4.5 Monto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en vez de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted debe por todos los medicamentos con receta que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas de pagar la multa

Existen cuatro maneras de pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

Usted puede decidir pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D directamente a nuestro plan con un cheque o un giro postal. Deberá incluir su número de identificación de miembro del plan con su pago.

Debemos recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D a más tardar el 1er. día de cada mes. Puede hacer el pago enviando un cheque o un giro postal junto con su talón de pago a:

Wellcare by Health Net

PO Box 748658

Los Angeles, CA 90074-8658

Los cheques y los giros postales deberán hacerse pagaderos a Wellcare Simple Focus (HMO), y no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services, HHS). Los pagos de la multa por inscripción tardía no se pueden entregar en la oficina del plan.

Opción 2: Puede pagar en línea

En lugar de enviar un cheque por correo cada mes, puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cuenta de cheques o de ahorros, o incluso que se cobre directamente a su tarjeta de crédito. Puede realizar un pago único o configurar un cronograma mensual en www.wellcare.com/healthnetCA. Asegúrese de iniciar sesión con su cuenta existente. Si es un usuario nuevo, deberá crear una cuenta. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D de esta manera. Con gusto le ayudaremos a realizar la configuración.

Opción 3: Solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Usted puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta manera. Con gusto le ayudaremos a realizar la configuración.

Opción 4: Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual de la Junta de jubilación para ferroviarios. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta manera. Con gusto le ayudaremos a realizar la configuración.

Cambiar la forma en que paga la multa por inscripción tardía de la Parte D. Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para los miembros en cualquier momento durante el año.

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

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se debe pagar en nuestra oficina antes del 1er. día de cada mes.

Si tiene problemas para pagar su Multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si podemos referirlo a programas que le ayuden con los costos.

Sección 5.2 ¿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 adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría 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 la 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 el Capítulo 2, Sección 7 encontrará más información sobre el programa “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro tiene información de su formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su Proveedor/Grupo médico. de atención primaria.

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 médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o 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 comunicarse 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 Simple Focus (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-275-4737 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. a 8 p.m. Tenga en cuenta que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede atender 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. 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 al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
SITIO WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su 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 o apelaciones sobre 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	1-800-275-4737 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Medical Management PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-275-4737 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. 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 Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
SITIO WEB	wellcare.healthnetcalifornia.com/coveragedeterminations

Método	Apelaciones para atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-275-4737 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. a 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671
ESCRIBA A	Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10198 Van Nuys, CA 91410-0198

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-275-4737 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. a 8 p.m.
FAX	1-866-388-1766
ESCRIBA A	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy 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 farmacias de la red, incluso una queja 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 sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-275-4737 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. a 8 p.m.

Método	Quejas sobre sobre la atención médica: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. a 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671
ESCRIBA A	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10198 Van Nuys, CA 91410-0198
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Wellcare Simple Focus (HMO) 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	1-800-275-4737 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. a 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671
ESCRIBA A	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Wellcare Simple Focus (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

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 la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos)*.

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 PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420 Solicitud de pago de la Parte D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department 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 web 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** (STATE) 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 verificar y ayudar 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 9 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes; y de 10 a.m. a 4 p.m. los sábados y domingos
TTY	711
ESCRIBA A	Livanta LLC/BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.cms.gov/en

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 (End-Stage Renal Disease, ESRD) 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 del Seguro Social.

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

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, 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). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para recibir beneficios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (SLMB+)).

- **Persona que reúne los requisitos (Qualifiying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con California Medi-Cal (Medicaid).

Método	California Medi-Cal (Medicaid) : información de contacto
LLAME AL	1-800-541-5555 1-916-636-1980 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico (PT), de lunes a viernes; cerrado los feriados estatales
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 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/basics/costs/help/drug-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

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

Si usted califica automáticamente para la “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta. No tendrá que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 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 (Consulte la Sección 6 para obtener información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan 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 comuníquele al representante que usted considera que califica para obtener "Ayuda adicional". Es posible que se requiera que usted proporcione uno de los siguientes tipos de documentación (Mejor evidencia disponible):
    - Una copia de la tarjeta de 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 de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
    - Un documento impreso del expediente de inscripción electrónica del estado, donde se indique el estado de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
    - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado, donde se indique el estado de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
    - Otra documentación proporcionada por el Estado que indique el estado de 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 considera que califica para costo compartido de cero, llame a Servicios para los miembros y comuníquele al representante que usted considera que califica para recibir ayuda adicional. Es posible que se requiera que usted presente uno de los siguientes tipos de documentación:

    - Un envío de pago del establecimiento, que muestre el pago de Medicaid hecho en nombre de usted por un mes calendario completo durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;

  - Una copia de un documento del estado que confirme el pago de Medicaid hecho en nombre de usted al establecimiento por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior; o
  - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado, donde se indique su estado en la institución con base en una estadía de al menos un mes calendario completo con fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Si no puede proporcionar la documentación descrita antes, y cree que podría calificar para recibir ayuda adicional, llame a Servicios para los miembros y un representante le ayudará.
- 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 miembros si tiene preguntas.

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (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 medicamentos con receta a través del 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 figura a continuación.

Método	California AIDS Drug Assistance Program (ADAP): información de contacto
LLAME AL	1-844-421-7050 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes (excepto los feriados)
TTY	711
ESCRIBA A	California Department of Public Health Center for Infectious Diseases, Office of AIDS P.O. Box 997377, MS 0500 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 plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al California AIDS Drug Assistance Program (ADAP).

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona junto con su cobertura para medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.** "Ayuda adicional" de Medicare y el apoyo de su Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para quienes reúnan los requisitos, son más beneficiosos que la participación en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-833-750-9969 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-716-3231 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. durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año
ESCRIBA A	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166
SITIO WEB	wellcare.healthnetcalifornia.com/MPPP

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	Railroad Retirement Board: 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.
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 período 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

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

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. 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 cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la Tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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 y el monto de su costo compartido 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 usted consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

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 documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica 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. La Sección 2.1 de este capítulo incluye más información al respecto).
  - 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, centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) 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 atención que usted puede recibir sin tener la aprobación por adelantado 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 para 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

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?

Este plan usa solo proveedores específicos. No todos los grupos médicos y sus afiliados, ya sean PCP, especialistas o centros, están disponibles para usted en el área de servicio de este plan. Cuando se vuelve miembro de nuestro plan, usted debe elegir un proveedor de la red de Wellcare Simple Focus (HMO) para que sea su PCP. Además, usted está limitado a especialistas y centros que hayan aceptado participar en el plan Wellcare Simple Focus (HMO). Debido a que elegir este plan requerirá que use solo estos proveedores específicos para su atención, es importante que revise detenidamente la lista de proveedores para asegurarse de que incluya a los proveedores que usa habitualmente. Esta lista está disponible en el sitio web del plan www.2025wellcaredirectories.com.

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 especializados en medicina familiar, medicina general y medicina interna.

Usted 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:

- Radiografías,
- Análisis de laboratorio,
- Fisioterapia, terapia ocupacional y/o terapia del habla,
- Atención de médicos especialistas,
- Admisiones en un hospital y
- Atención de seguimiento.

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

En algunos casos, su PCP o un especialista u otro proveedor al que esté consultando necesitará obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) para ciertos tipos de servicios y artículos cubiertos. Consulte el Capítulo 4 de este documento para conocer los servicios y artículos que requieren autorización previa.

Si necesita hablar con su médico fuera del horario de atención normal, llame al consultorio del médico y lo dirigirán a su médico, un contestador automático con instrucciones sobre dónde obtener servicio u otro médico que brinde cobertura. Si tiene una emergencia, llame inmediatamente al 911.

¿Cómo elige al PCP?

Cuando se inscribe en nuestro plan, elegirá un grupo médico participante de la red Wellcare Simple Focus (HMO). También elegirá a un PCP de este grupo médico participante. Para elegir a su PCP, visite nuestro sitio web en www.2025wellcaredirectories.com y seleccione a un PCP de nuestra red de planes. Servicios para los miembros también puede ayudarle a elegir a un PCP. Una vez que haya elegido a su PCP, llame a Servicios para los miembros con su selección. Su PCP debe estar en nuestra red.

Cada grupo médico y PCP puede hacer remisiones a ciertos especialistas del plan y utilizar ciertos hospitales dentro de su red. Si hay un especialista u hospital del plan en particular que desea utilizar, verifique primero para asegurarse de que los especialistas y/u hospitales estén en la red del grupo médico y PCP.

Si no elige a un grupo médico o un PCP o si elige a un grupo médico o un PCP que no está disponible con este plan, automáticamente le asignaremos un grupo médico y 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 médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), llame a Servicios para los miembros. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Nota: Si utiliza un PCP distinto del que tiene asignado, es posible que incurra en un costo compartido más alto o que se rechacen sus reclamaciones.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin 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 (Primary Care Provider, 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 reciban de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19 y vacunas contra la neumonía siempre y cuando se reciban 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 cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata y que no sean emergencias, cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no sea razonable, teniendo en cuenta su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red contratados por el plan. Son ejemplos de servicios de urgencia las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran servicios de urgencia aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- 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 cardíacas.
- 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.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar 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 el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está designado al proveedor, si actualmente recibe atención de este o si lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con la atención.
- Si actualmente está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar que usted siga recibiendo la totalidad de terapias o tratamientos médicamente necesarios.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe contactar al plan a fin de solicitar una autorización para que usted obtenga el servicio. Si se aprueba, al proveedor fuera de la 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. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para miembros con enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que han viajado fuera

del área de servicio del plan y no pueden acceder a proveedores de la red. Los servicios para ESRD deben recibirse en un centro de diálisis certificado por Medicare.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo 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

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

Además, si necesita atención médica cubierta por Medicare y un proveedor de la red no puede proporcionársela, es posible que pueda recibir atención de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan debe confirmar que no haya un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe ponerse en contacto con el plan para solicitar una autorización para que usted obtenga los servicios. Si se aprueba, el proveedor fuera de la red recibirá una autorización para proporcionar el (los) servicio(s).

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene 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 la 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 se agrava 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 Simple Focus (HMO) 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 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 seguirán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubrirá la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección 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, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

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 cubierto por el plan que necesita atención médica inmediata, que no es una emergencia y que es un servicio que se necesita con urgencia, en caso de que usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan o si se considera que obtener este servicio de parte de proveedores con los que el plan tiene contrato no es razonable dado el horario, o bien las circunstancias o el lugar en los que se encuentra. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o brotes imprevistos de afecciones existentes. No obstante, las consultas de rutina que son médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Comuníquese con el consultorio de su PCP las 24 horas del día si necesita atención de urgencia. Se le podría dirigir a obtener atención de urgencia en un centro de atención de urgencia. Puede encontrar una lista de los centros de atención de urgencia de la red en el *Directorio de proveedores y de farmacias* en nuestro sitio web en www.2025wellcaredirectories.com. Si los servicios de urgencia se reciben en el consultorio de su médico, usted pagará el copago por la consulta en el consultorio; sin embargo, si los servicios de urgencia se reciben en un centro de atención de urgencia o clínica sin cita previa, usted pagará el copago del centro de atención de urgencia, que puede ser diferente. Consulte la *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* del Capítulo 4 para saber qué copago se aplica a los servicios proporcionados en el consultorio del médico o en el centro de atención de urgencia o en la clínica sin cita previa.

También puede comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería (Nurse Advice Line) en cualquier momento. Un profesional de enfermería está en línea para brindarle respuestas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener más información con respecto a la Línea de asesoramiento de enfermería, consulte la categoría de beneficios de los Programas educativos de salud y bienestar en el Capítulo 4 *(Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga))* 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 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 lo 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 de urgencia” en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento, 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, usted 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 a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de parte 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 la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más que los costos compartidos de su plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que nuestro plan no cubre o servicios obtenidos fuera de la red y que no se autorizaron, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que recibe después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El monto que usted paga por los costos una vez que se ha llegado al límite del beneficio no contará para el monto máximo que paga de su bolsillo. Por ejemplo, es posible que usted tenga que pagar el costo total de cualquier servicio que reciba en un centro de atención de enfermería especializada después de que el pago de nuestro plan llegue al límite del beneficio. Una vez que haya usado el límite de su beneficio, los pagos adicionales que haga por el servicio no cuentan para el monto máximo anual que paga de su bolsillo.

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 usted 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 del plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos avise ni que el plan lo apruebe. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. 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 específicos en virtud de determinaciones de cobertura nacionales que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (National Coverage Determinations-Coverage with Evidence Development, NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en fase de investigación (Investigational Device Exemption, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica con cobertura de Original Medicare para las personas inscritas en Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique con antelación cuando decida participar en un ensayo clínico calificado 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 productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

- Habitación y comida para una hospitalización 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 de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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 los 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.
- Los productos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier persona inscrita en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar 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 período 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 Simple Focus (HMO), 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 Simple Focus (HMO) 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 y lo que le corresponde pagar)

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

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto 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 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

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

- **Copago** es un monto fijo que paga cada vez que recibe cierto servicio médico. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos en virtud de 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 2025 este monto es $1,000.

Los montos que usted paga por copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red 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 $1,000, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que usted vea:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de a la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de emergencias o de servicios de urgencia).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de emergencias o fuera del área de servicio para servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para los miembros.

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que nuestro plan cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos 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.

- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no puede requerir una autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, 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.
- Si su plan de atención coordinada proporciona aprobación a una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida mientras sea médicamente razonable y necesario a fin de evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor de tratamiento.

Otra información importante que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025).* Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 con práctica médica 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, etc.). • no está relacionado con una cirugía, y • no está relacionado 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: 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:	$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP. $0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse una autorización previa.* $0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico. *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 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. **Acupuntura para otras afecciones** **Nuestro plan también cubre hasta 36 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 contratado. Comuníquese con nuestro plan si tiene preguntas acerca de cómo usar este beneficio. Los servicios cubiertos 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 brote • Exámenes de paciente establecido (dentro de los tres años posteriores a un nuevo examen) • Consultas de seguimiento en consultorio, pueden incluir servicios de acupuntura o un nuevo examen • Una segunda opinión con otro proveedor dentro de la red • Servicios de urgencia y de emergencia Para obtener ayuda para encontrar un proveedor dentro de la red, puede llamar al Servicios para los miembros.	$0 de copago por cada consulta complementaria (no cubierta por Medicare) de acupuntura.* *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una 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, si se trata de un miembro cuya	$150 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*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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.	*aeronave de ala fija y para transporte que no sea de emergencia.* $150 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 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 anual de rutina 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 anual de rutina.*
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. Nuestro plan cubre esta consulta una vez cada año calendario. **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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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.
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	No se requiere coseguro, copago ni deducible por mamografías de diagnóstico cubiertas.
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 remisión del médico.	$0 de copago por servicios de rehabilitación cardiaca cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
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 por servicios intensivos de rehabilitación cardiaca cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
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 que están cubiertos para usted	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 una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	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 36 consultas cada año. Servicios quiroprácticos complementarios (no cubiertos por Medicare) para atender la espalda, el cuello o las articulaciones de los brazos y las piernas están limitados 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). • Nuevos 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 remitidos por un quiropráctico contratado. Se evaluará un copago individual para los servicios de radiografía y de laboratorio prestados fuera de una consulta de un paciente nuevo o establecido. Para recibir asistencia para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicios para los miembros.	$0 de copago por cada consulta complementaria de quiropráctica (no cubierta por Medicare).* *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario previo. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que se le realizó al paciente una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, salvo los enemas de bario, para los que se aplica coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico y usted paga un monto de copago de $0 por los servicios de su médico. Para colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare, también consulte

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
pacientes de alto riesgo después de la última sigmoidoscopia flexible o del último enema de bario. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	"Cirugía para pacientes externos" más abajo en esta tabla para conocer los montos de costo compartido aplicables por consultas en un centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno hospitalario para pacientes externos.
• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para los pacientes de alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tienen 45 años y más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.	$0 de copago por servicios de enema de bario cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
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 una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales complementarios (p.ej., de rutina)	**Dentales complementarios (p.ej., de rutina)**
• **Atención dental preventiva y de diagnóstico** (Los servicios cubiertos incluyen los siguientes).	**Atención dental preventiva y de diagnóstico**
○ Exámenes orales periódicos - 2 cada año	$0 de copago por cada examen oral.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Limpiezas (profilaxis) - 2 cada año	$0 de copago por cada limpieza.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Tratamiento con fluoruro - 1 cada año	$0 de copago por cada tratamiento con fluoruro.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Radiografías dentales - 1 juego(s) cada año	$0 de copago por radiografías dentales por consulta.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Otros servicios dentales de diagnóstico - sin límite de servicios cada año	$15 de copago por otros servicios dentales de diagnóstico por consulta.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Otros Servicios dentales preventivos - sin límite de servicios cada año	$0 - $55 de copago por otros servicios dentales preventivos por consulta según el tipo de servicio.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• **Atención dental integral** (Los servicios cubiertos incluyen los siguientes).	**Dental integral**
○ Servicios de restauración - sin límite de servicios de restauración cada año	$0 - $300 de copago por cada servicio de restauración según el tipo de servicio.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
○ Endodoncia - sin límite de servicios de endodoncia cada año	$5 - $275 de copago por cada servicio de endodoncia según el tipo de servicio.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Periodoncia - 1 cada 12 meses para sin límite de consultas según el tipo de servicio	$0 - $375 de copago por cada servicio de períodoncia según el tipo de servicio.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Prostodoncia - removible - 1 por año a un sin límite de consultas según el tipo de servicio	$70 - $250 de copago por cada servicio de prostodoncia removible según el tipo de servicio.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Prostodoncia - fija - 1 cada 5 años hasta sin límite de consultas según el tipo de servicio	$0 - $225 de copago por cada servicio de prostodoncia fija según el tipo de servicio.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Cirugía oral/maxilofacial - sin límite de servicios cada año	$0 - $70 de copago por cada servicio oral maxilofacial según el tipo de servicio. * *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Ortodoncia - consultas ilimitadas para servicio(s) de ortodoncia cubierto(s)	$0 - $2,250 de copago por cada servicio de ortodoncia según el tipo de servicio.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Servicios generales complementarios - sin límite cada año	$0 - $125 de copago por cada servicio general complementario según el tipo de servicio.* *Puede requerirse una autorización previa.*
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	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
responsabilidad del miembro. **Los servicios dentales complementarios (por ejemplo, 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. Nuestro sitio web también incluye información adicional acerca de la cobertura dental, incluida una lista detallada de los procedimientos cubiertos.** 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 Simple Focus (HMO) en la lista para identificar los detalles de beneficios dentales de este plan.	
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 de glucosa en ayunas) 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. Puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	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 una 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 (no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye adaptación.	20% de coseguro por zapatos terapéuticos o plantillas ortopédicas cubiertos por Medicare para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave. *Puede requerirse una 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 provedor 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. *Puede requerirse una remisión.*
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para conocer la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 así como en la Capítulo 3, Sección 7 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso	*Puede requerirse una autorización previa.* 20% de coseguro por Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores 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 con una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.healthnet.com/portal/providerSearch.action.	*Puede requerirse una autorización previa.* 20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare. Su costo compartido por la cobertura de Medicare para el equipo de oxígeno es 20% de coseguro, 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 20% de coseguro.
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 feto), 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.	$140 de copago por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Usted no paga este monto si lo ingresan en un hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección. 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 que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Usted tiene cobertura para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.	$140 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 asesoramiento 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 a la línea de asesoramiento de enfermería llamando 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 flexible de acondicionamiento físico con créditos mensuales para utilizar en una variedad de centros de acondicionamiento físico más grandes o estudios de acondicionamiento físico locales. Tendrá 32 créditos cada mes para utilizar. Los créditos se pueden utilizar para cubrir una membresía mensual al centro de acondicionamiento físico con visitas ilimitadas y/o clases en el centro de acondicionamiento físico, cajas de acondicionamiento físico en el hogar y vídeos de	$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
acondicionamiento físico. Los créditos no utilizados de la asignación mensual no se transfieren al mes siguiente. Para más información sobre el abono de acondicionamiento físico, llame al Servicios para los miembros.	
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 una autorización previa.*
Nuestro plan también cubre los siguientes servicios auditivos complementarios (por ejemplo, de rutina):	**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 una autorización previa.*
• 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.	$0 de copago por 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• 1 audífono no implantable hasta $1,000 por oído cada año. Se limita a 2 audífonos no implantables cada año. El beneficio incluye una garantía por 3 años, incluidos pérdida y daños con un suministro de 2 años de baterías.	$0 de copago por 2 audífono(s) cada año.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Usted es responsable por los costos de los audífonos que superen el máximo del beneficio. Los audífonos adicionales no están cubiertos. **Los servicios auditivos de rutina deben recibirse de un proveedor participante dentro de la red de proveedores para recibir el beneficio auditivo completo cubierto por el plan.** Para obtener más información sobre su proveedor de audición, la información de contacto y los beneficios, llame a Servicios para los miembros.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica 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 de la salud 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 de la salud 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	$0 de copago por cada servicio de agencia de atención médica a domicilio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse una autorización previa.*
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención	$0 de copago por servicios profesionales de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), incluidos servicios de enfermería, capacitación y educación, supervisión remota y servicios de supervisión. $0 de copago por servicios profesionales de un especialista, incluidos los servicios de

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar	enfermería, de capacitación y educativos, la supervisión remota y servicios de supervisión. *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse una autorización previa.* Los equipos y suministros para infusión en el hogar 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 los costos compartidos. Los medicamentos para infusión en el hogar están cubiertos a través del beneficio de Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" para obtener información sobre los costos compartidos.
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 de 6 meses o menos si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a	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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan debe continuar pagando las primas del plan. <u>Para los servicios de un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará a usted el costo compartido de Original Medicare. <u>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:</u> 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 si hay algún 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)	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 que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 estén relacionados o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está 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: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, y vacunas adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si usted corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si usted corre alto riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la 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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud del beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Para obtener información adicional, consulte el capítulo 6, Sección 7. 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.	*Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa para estar cubiertos.*
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. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Usted tiene cobertura para 100 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	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $200 de copago por día, por los días 1 al 4 y $0 de copago por día, por los días 5 al 90 por cada hospitalización. $0 de copago por día, por los días 91 al 100 por días adicionales.* 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. 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. *Original Medicare cubre 90 días de atención hospitalaria para pacientes internados con afecciones agudas. Nuestro plan ofrece días adicionales de hospitalización cuando sea médicamente necesario. El costo

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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. • 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	compartido, en su caso, por estos días no se aplica a su máximo que paga de su bolsillo. *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse una autorización previa.* No se aplican los períodos de beneficios de hospital de Medicare. Para la atención hospitalaria para pacientes internados, los costos compartidos descritos anteriormente se aplican cada vez que ingresa en el hospital. La transferencia a otro centro (como un hospital de rehabilitación para pacientes internados con afecciones agudas u otro hospital de agudos) se considera una nueva admisión. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha del alta.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.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 que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Usted tiene cobertura durante 90 días por admisión en el caso de 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 en 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 que le quedan de por vida.	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $150 de copago por día, por los días 1 al 4 y $0 de copago por día, por los días 5 al 90 por atención 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 una remisión. Puede requerirse una 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. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. En el caso de la atención de salud mental para pacientes internados, los costos compartidos descritos anteriormente se aplican cada vez que ingresa en el hospital. Un traslado a un centro distinto (como un hospital de rehabilitación para pacientes internados agudos o a otro

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	hospital de atención aguda) se considera un nuevo ingreso. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha del alta.
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 incluyen, entre 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 que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 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 anualmente 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 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) 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.
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 lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio.	Algunos medicamentos pueden estar sujetos al tratamiento escalonado. **Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare** $35 de copago por medicamentos de insulina de la Parte B cubiertos por Medicare. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de copago de $35 por un suministro de insulina para un mes.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite estudios de exploración y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre los estudios de exploración y las pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplante: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.	*Puede requerirse una autorización previa.* **Otros medicamentos de la Parte B de Medicare** 0% de coseguro por los antígenos de alergia de la Parte B cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por todos los demás medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.	**Medicamentos para radiación/ quimioterapia de la Parte B de Medicare** 20% de coseguro por medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que vayan apareciendo nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D. • Medicamentos orales para el tratamiento de las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer, si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se utilizan como sustituto terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y los anestésicos tópicos.	**Algunos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro inferior al monto indicado anteriormente. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B que están sujetos a un coseguro inferior es publicada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y puede cambiar de forma trimestral.**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted padece una enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® or Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda). Mediante el siguiente enlace puede acceder a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: wellcare.healthnetcalifornia.com/plan-benefit-materials.html También cubrimos algunas vacunas de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.	
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 que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT). • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el trastorno por el consumo de sustancias tóxicas • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	$0 de copago por cada servicio de tratamiento para opioides cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	
• Radiografías	$25 de copago por radiografías cubiertas por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales técnicos y suministros	20% de coseguro por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos, y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare, incluyendo yesos y entablillados. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Análisis de laboratorio	$50 de copago por pruebas genéticas cubiertas por Medicare. $0 de copago por todos los demás servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una 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. *Puede requerirse una remisión.*
• 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 una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 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 mamografía de diagnóstico cubierta por Medicare. $50 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare recibidos en un entorno para pacientes externos. $0 de copago por todos los demás servicios cubiertos por Medicare recibidos en todas las demás ubicaciones. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Colonoscopia de diagnóstico	En el caso de la colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare, consulte “Cirugía para pacientes externos” más adelante en esta tabla para conocer los montos de costo compartido aplicables a las consultas en centros quirúrgicos ambulatorios o en un entorno hospitalario para pacientes externos. 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 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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	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 en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.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.	$140 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando entra en estado de observación en una sala de emergencias. $200 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando entra en estado de observación a través de un centro para pacientes externos. Se aplicarán costos adicionales por los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare *Puede requerirse una remisión.*
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesario que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.	Usted paga los montos de costo compartido que le corresponden como se muestran en esta Tabla de beneficios médicos para el servicio en particular.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien, 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.	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 que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 con práctica médica (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	$25 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.* $25 de copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Servicios proporcionados por otros proveedores de atención de salud mental	$25 de copago por cada consulta para terapia individual cubierta por Medicare con otros proveedores de salud mental. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.* $25 de copago por cada consulta para terapia grupal cubierta por Medicare con otros proveedores de salud mental. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	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 una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	$0 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una 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 una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios por trastorno por el consumo 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, especialista en enfermería clínica, enfermero con práctica médica, asistente médico u otro programa o profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.	$25 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.* $25 de copago por cada consulta para terapia grupal cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si se va someter 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 como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido que corresponden a una cirugía para pacientes externos. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo.	
• Servicios prestados en un hospital para pacientes externos	$0 de copago por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare recibida en un hospital para pacientes externos. $200 de copago por servicios quirúrgicos para pacientes externos cubiertos por Medicare. $50 de copago por servicios no quirúrgicos cubiertos por Medicare, incluida la atención paliativa para pacientes externos. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio, incluida la colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	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, proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización. El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento para pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	$130 de copago por día por hospitalización parcial o servicio intensivo para pacientes externos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios prestados por un proveedor de atención primaria.	$0 de copago por cada consulta en el consultorio de un PCP cubierta por Medicare.
• Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio 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 ambulatorios o en centros hospitalarios para pacientes externos.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista	$0 de copago por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Otros profesionales de la salud	$0 de copago por cada consulta con otros profesionales de atención médica. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una 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 de audición cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una 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 y grupales de salud mental, servicios de podiatría, otros profesionales de atención médica, sesiones individuales y grupales para servicios de psiquiatría, fisioterapia y patología del habla y el lenguaje, sesiones individuales y grupales para pacientes externos por abuso de sustancias tóxicas 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 un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales durante las 24 horas, los 7 días de la semana a médicos certificados por la junta, a través de Teladoc para ayudarle a abordar una amplia variedad de preguntas e inquietudes relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud conductual y dermatología, y más.	$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 telesalud de su PCP, usted pagará la parte que le corresponde del costo del PCP). *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Una consulta virtual (también denominada consulta de telesalud) es una consulta con un médico, por teléfono o 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 obtener más información o para solicitar una cita, llame a: ○ Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) durante las 24 horas, 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 que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente	
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **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 o profesionales, incluidas consultas al consultorio del médico" más arriba).
• Evaluación de videos y/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 registro de salud electrónico	Usted pagará el costo compartido que se aplica al proveedor (como se describe en "Servicios de médicos o profesionales, incluidas 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 o profesionales, incluidas consultas al consultorio del médico" más arriba).

Servicios que están cubiertos para usted	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 una 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 una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	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.	$0 de copago por cada consulta complementaria de podiatría (no cubierta por Medicare).* *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una 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 tacto rectal anual cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
• Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos, ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (salvo los dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, prueba, adaptación o capacitación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; como así también: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, 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 – consulte **Atención de la vista** más adelante en esta sección para obtener más detalles.	20% de coseguro por dispositivos protésicos y ortésicos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* 20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare, relacionados con dispositivos protésicos. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	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 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) de moderada a grave y tienen una remisión 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. *Puede requerirse una remisión.*
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 que están cubiertos para usted	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 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:* los miembross deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios que están cubiertos para usted	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	20% de coseguro por servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
• 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)	20% de coseguro por tratamientos de diálisis renal para pacientes externos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
• 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 que están cubiertos para usted	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)	20% de coseguro por la capacitación para la autodiálisis cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
• Equipo y suministros para diálisis en su hogar	20% de coseguro por equipos de autodiálisis en su hogar cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* 20% de coseguro por suministros para diálisis cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una 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**.	20% de coseguro por servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF", por "Skilled Nursing Facility").	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por día, por los días 1 al 20, $214 de copago por día, por los días 21 al 30, y a $0 de copago por día, por los días 31 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Usted está cubierto por 100 días por admisión/por estadía. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada (Skilled Nursing Services, SNS). • Fisioterapia, 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/profesionales.	*Puede requerirse una remisión. Puede requerirse una autorización previa.*
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)	Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha del alta.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Un SNF donde su cónyuge o su pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	
Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de asesoramiento 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 asesoramiento para dejarlo, dentro de un período de 12 meses, no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de asesoramiento 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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Plataforma de apoyo social Nuestro plan ofrece una plataforma de apoyo social en línea para apoyar su bienestar general. Usted tiene acceso a actividades comunitarias y terapéuticas, y a recursos patrocinados por el plan para ayudarle a manejar el estrés y la ansiedad. Con la plataforma, le resultará fácil unirse y mantenerse involucrado para mantener una trayectoria saludable de salud conductual. Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana, por lo que puede utilizarla cuando lo desee. La plataforma Twill incluye: • Programas de bienestar individualizados: Acceda a los programas personalizados autoguiados, de 4 semanas de duración, de Twill Therapeutics, diseñados para mejorar el bienestar físico y emocional, que incorporan información proporcionada por expertos en envejecimiento saludable para apoyar específicamente a los miembros. Siga los programas a su propio ritmo y realice un seguimiento de su progreso para monitorear las mejoras en su salud. • Apoyo de pares y expertos: Conéctese con Twill Care en un espacio comunitario moderado para interactuar con pares y expertos médicos. Obtenga acceso a artículos revisados clínicamente y reciba recomendaciones personalizadas para servicios de Wellcare adicionales basados en sus interacciones y necesidades identificadas. • Herramientas de salud digitales personalizadas: Participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos basados en la terapia cognitivo-conductual, la atención plena (mindfulness) y la psicología positiva. Estas herramientas abordan temas clave como el envejecimiento saludable, el manejo del aislamiento, los cuidados, el duelo y la búsqueda de un propósito en el envejecimiento, entre otros. Los miembros pueden acceder a la plataforma iniciando sesión en su portal de miembros member.membersecurelogin.com o llamando a Servicios para los miembros. Después de registrarse, puede acceder directamente a la plataforma en cualquier momento desde una computadora, tableta o teléfono inteligente.	$0 de copago por la plataforma de apoyo social.*

Servicios que están cubiertos para usted	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 y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período 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 con práctica médica 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 período 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. *Puede requerirse una remisión.*

Servicios que están cubiertos para usted	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, de un tramo, y hasta cuatro viajes de un tramo al día. 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 viajes programados en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Los viajes incluyen taxis, automóviles de pasajeros, furgoneta para traslado en silla 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 una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es de emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o aunque se encuentre dentro del área de servicio del plan, y no es razonable debido al horario, al lugar y a las circunstancias obtener este servicio a través de proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Entre los ejemplos de servicios de urgencia se encuentran las enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes imprevistos de afecciones existentes. No obstante, las visitas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias, como chequeos anuales, no se consideran de urgencia, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.	$0 de copago por consultas de servicios de urgencia cubiertas por Medicare.
Los servicios de urgencia fuera de Estados Unidos están cubiertos.	$140 de copago por los servicios de urgencia 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 una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	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, afroamericanos de 50 años o más, y los hispanoamericanos de 65 años o más	$0 de copago por una prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año	$0 de copago por examen de retina cubierto por Medicare para miembros diabéticos. *Puede requerirse una 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 una autorización previa.*
Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de la vista complementarios (por ejemplo, de rutina):	**Servicios de la vista complementarios (por ejemplo, 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 de la vista de rutina cada año.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Sin límite de pares de anteojos con receta cada año hasta un beneficio máximo de $200 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 **Nota:** El plan cubre la tarifa de ajuste de lentes de contacto.	$0 de copago por anteojos o lentes de contacto.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de $200 cada año se aplica al costo minorista de marcos y/o lentes (incluida cualquier opción de lentes, como tintes y revestimientos).Usted es responsable de cualquier costo que supere el beneficio máximo para anteojos o lentes de contacto complementarios (por ejemplo, de rutina).* Los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare no están incluidos en el beneficio máximo complementario (por ejemplo, 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. 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.	
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la consulta preventiva por única vez *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.
• Electrocardiograma cubierto por Medicare después del servicio preventivo *Bienvenido a Medicare.*	$0 de copago por cada electrocardiograma cubierto por Medicare después del servicio preventivo *Bienvenido a Medicare*. *Puede requerirse una remisión.*

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Wellcare Spendables™ Usted recibirá **$76 cada trimestre** precargados en su tarjeta Wellcare Spendables™. • Su asignación se carga el **primer día de cada trimestre (enero, abril, julio y octubre) y vence el último día de cada trimestre.** **La asignación de su tarjeta puede usarse para:** **Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC):** Puede utilizar su tarjeta en comercios minoristas participantes, a través de la aplicación móvil o inicie sesión en el portal para miembros para hacer 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 integrado en la aplicación para localizar los artículos aprobados en las tiendas minoristas, o 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. Deberá utilizar (cuando sea posible) los beneficios médicos de nuestro plan antes de gastar la asignación para OTC en estos productos.	No hay coseguro, copago ni deducible por la tarjeta Wellcare Spendables™. Puede aplicarse un mínimo de $35 a algunos pedidos para que califiquen para envío sin costo. No hay un requisito mínimo para compras realizadas en la tienda.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cómo utilizar su tarjeta: 1. Active su tarjeta antes de utilizarla. 2. Visite una tienda minorista participante, inicie sesión en el enlace del portal que figura a continuación o descargue la aplicación 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 aplicación 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 asignación 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; solo se cubren los artículos aprobados. **Para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables™ o para 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. a 8 p.m. **También puede consultar en línea en:** member.membersecurelogin.com.	

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, con excepción de los casos específicos que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura en ninguna circunstancia	Con cobertura solamente en circunstancias específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		• Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren en todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía; así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es el cuidado personal que no requiere de la atención continua de personal médico o de personal capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	**Sin cobertura en ninguna circunstancia**	

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura en ninguna circunstancia	Con cobertura solamente en circunstancias específicas
Atención dental, como: • Servicios de implantes • Prótesis maxilofacial	**Sin cobertura en ninguna circunstancia**	
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 podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información acerca de los estudios de investigación clínica).
Cargos cobrados por atención proporcionada por sus familiares inmediatos o por miembros de su núcleo familiar.	**Sin cobertura en ninguna circunstancia**	
Atención de enfermería de tiempo completo en su domicilio.	**Sin cobertura en ninguna circunstancia**	
Comidas que se entregan a domicilio	**Sin cobertura en ninguna circunstancia**	
Los servicios de amas de llave incluyen asistencia doméstica básica, incluidas tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras.	**Sin cobertura en ninguna circunstancia**	
Servicios de naturopatía (usa tratamientos naturales o alternativos).	**Sin cobertura en ninguna circunstancia**	
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies		• El calzado que es parte de un dispositivo ortopédico para las piernas y que está

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura en ninguna circunstancia	Con cobertura solamente en circunstancias específicas
		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.	**Sin cobertura en ninguna circunstancia**	
Habitación privada en un hospital.		• Se cubre solo cuando es médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para baja visión.	**Sin cobertura en ninguna circunstancia**	
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	**Sin cobertura en ninguna circunstancia**	
Servicios que no se consideran razonables y necesarios de acuerdo con las normas de Original Medicare	**Sin cobertura en ninguna circunstancia**	

CAPÍTULO 5:

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

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 los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio, consulte el Capítulo 4.

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 a dar recetas 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 de este capítulo). *O puede obtener sus medicamentos con receta 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 en este capítulo).
- 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. (Consulte la Sección 3 en este capítulo para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento puede requerir la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura).

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 puede encontrar una farmacia de la red en su zona?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de proveedores y de farmacias*, visitar nuestra página web (www.2025wellcaredirectories.com), y/o llamar a Servicios para los miembros.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de las farmacias de nuestra red ofrecen costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido de una farmacia que ofrece costo compartido estándar. El *Directorio de proveedores y de farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre qué costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos.

¿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. O si la farmacia que estaba usando permanece en la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una nueva farmacia dentro de la red o una farmacia preferida, si estuviera disponible. 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 de farmacias* . También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.2025wellcaredirectories.com.

¿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 LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder 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 (Indian Health Service) 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. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias* www.2025wellcaredirectories.com o bien, 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.**

Su copago puede ser menor si utiliza el servicio de pedido por correo preferido del plan. Para obtener más detalles, consulte la tabla de las Secciones 5.2 y 5.4 del Capítulo 6.

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) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, 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 medicamento con receta no estará cubierto.

Por lo general, el pedido a la 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 correspondiente al 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, 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.

Para cancelar sus entregas automáticas de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, 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.

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, y usted puede cancelar los resurtidos programados 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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. 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 de farmacias* www.2025wellcaredirectories.com le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle 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 utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. 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. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

- **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 las siguientes 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 lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En el 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 cumple con los requisitos establecidos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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
- 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 productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. 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. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y por lo general cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

¿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).

Sección 3.2 Hay seis niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 3 (medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y podría incluir algunos medicamentos genéricos. Usted paga $35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- Nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marcas no preferidas y genéricos no preferidos. Usted paga $35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- Nivel 5 (medicamentos especializados) incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior. Este es el nivel de costo compartido más alto.
- Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas). Este es el nivel de costo compartido más bajo.

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

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

Sección 3.3 ¿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 que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. 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 concentración, 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 siguientes secciones 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 obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9)

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 conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar 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 generalmente 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, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado.**

Límites en la cantidad

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 en las que hay 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.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más alto de lo que cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. **Si su 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.**
- **Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones:

- 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

Bajo ciertas 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.

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 tiene algún tipo de restricción.**

- **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 bien, 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 de emergencia de un medicamento en particular para 31 días, o menos si su receta indica que es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
- **Para aquellos miembros que experimentan un cambio en el nivel de atención (como el traslado a o desde un centro de atención a largo plazo o un hospital) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 30 días, o menos si su receta médica es para menos días (en cuyo caso permitiremos múltiples surtidos para proporcionar hasta un total de un suministro de 30 días de medicamento).

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros.

En el período durante el cual use 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 para ver si hay 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 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. 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 el Capítulo 9, Sección 6.4 se explica qué hacer. También mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

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

Puede cambiar a otro medicamento

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

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

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

Los medicamentos de Nivel 5 (Nivel de especialidad) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

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

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**.
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

Consulte el Capítulo 12 para las definiciones de los tipos de medicamentos analizados en este capítulo.

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 con regularidad. Esta

sección describe los tipos de cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Añadir nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o modificar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
  - Al añadir una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, trasladar el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, añadir nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá un nivel de costo compartido menor o las mismas restricciones o menos.
  - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y comunicárselo más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o al que estamos realizando cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos con previo aviso.**
  - Cuando agregamos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
  - Haremos estos cambios solo si estamos agregando una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregando ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos del cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que esté tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de que hagamos el cambio.
- **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, podríamos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Le enviaremos un aviso al menos 30 días antes de que hagamos estos cambios, o le daremos un aviso y cubriremos un suministro adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que usted está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que funcionarían mejor en su caso, incluso cambiar de medicamento para tratar su afección, o solicitar una decisión de cobertura que satisfaga cualquier nueva restricción en el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que estaba tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos que no le afectarán durante el año del plan actual

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 afecten 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:

- Pasamos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- 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.

No le informaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año del plan actual. Deberá revisar la Lista de medicamentos del siguiente año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período 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 estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo (a menos que nuestro plan cubra ciertos medicamentos excluidos dentro de la cobertura para medicamentos mejorada). 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).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos con receta de Medicare no cubre según 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 puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso de un medicamento para *una indicación no autorizada* cuando no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. *Una indicación no autorizada* es cualquier uso no indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados a continuación, mediante la cobertura de medicamentos mejorada, para lo cual se le puede cobrar una prima adicional. A continuación se brinda más información).

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones 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 condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura para medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Cubrimos vitaminas selectas. También cubrimos algunos medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil. Estos medicamentos pueden estar sujetos a límites de cantidad. El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas se describe en la Sección 6 del Capítulo 6 de este documento).

Además, si está **recibiendo "Ayuda adicional" de parte de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el programa "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para los miembros para obtener más información. Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contratapa de este folleto). Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre su información de miembro

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

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

Si usted no tiene su información de miembro del plan 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** la parte que nos corresponde. 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 (Long-Term Care, LTC)?

Normalmente, un centro de atención de largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o utiliza 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 forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias* en www.2025wellcaredirectories.com 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 usted necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted está en un centro de atención a 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 ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. 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 el plan 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 este aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que lo 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, solicite una copia al 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 contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el 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, pídale a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir 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 sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse 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 similar 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 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 personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con las personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con las personas autorizadas a dar recetas 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 determinadas personas autorizadas a dar recetas.
- 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 una persona autorizada a dar recetas en particular o de una farmacia específica. También tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas a dar recetas 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 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 padecen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de costos 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 sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos 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 los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted 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.

CAPÍTULO 6:

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a 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*.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si ha comprado una cobertura para medicamentos adicional.

Para comprender la información sobre los pagos, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde debe surtir sus recetas y qué normas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 se explican estas normas. Cuando utiliza la "Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real) del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos que paga de su bolsillo. También puede obtener la información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para los miembros.

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

Hay varios tipos de costos que posiblemente deba pagar de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido** y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- **Deducible** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa del deducible
  - Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos que paga de su bolsillo si los efectúan en su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA, por el plan de salud de un empleador o de un sindicato, por TRICARE, o por el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa "Ayuda adicional" de Medicare.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado un total de $2,000 en costos que paga de su bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios

- Medicamentos que nuestro plan no cubre
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos bajo el Programa de descuentos de los fabricantes

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros.

¿Cómo se puede llevar un registro de los costos totales que paga de su bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios (EOB)* de la Parte D que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance $2,000, en este informe se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos toda la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de nuestro plan?

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta en nuestro plan. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones de la 4 hasta la 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa del deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D)

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina **Costos que paga de su bolsillo**. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por un amigo o pariente, y cualquier pago realizado por sus medicamentos con "Ayuda adicional" de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- Llevamos un registro de los **Costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *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 costo total 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 sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier aumento en el precio desde la primera vez que obtuvo el medicamento para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento con receta, si aplica.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos 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, envíenos copias de estos recibos. **Estos son algunos ejemplos de situaciones de cuándo debe 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 farmacias fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga

de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense (Indian Health Service) y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo 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 solicitar este documento en https://www.express-scripts.com/. Si elige suscribirse, recibirá un correo electrónico cuando su EOB de la Parte D esté lista 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.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), Nivel 5 (medicamentos especializados)

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. Pagará un deducible anual de $420 en los medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), Nivel 5 (medicamentos especializados). **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), Nivel 5 (medicamentos especializados)** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado $420 por sus medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), Nivel 5 (medicamentos especializados), saldrá de la Etapa del deducible y pasará a la Etapa de cobertura inicial.

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

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

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

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 3 (medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y podría incluir algunos medicamentos genéricos. Usted paga $35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- Nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marcas no preferidas y genéricos no preferidos. Usted paga $35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- Nivel 5 (medicamentos especializados) incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior. Este es el nivel de costo compartido más alto.
- Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas). Este es el nivel de costo compartido más bajo.

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

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándar. Los costos pueden ser menores en farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.

- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y de farmacias* www.2025wellcaredirectories.com del plan.

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

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

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

En ocasiones, el costo del medicamento es inferior al copago. En estos casos, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento, en lugar del copago.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido preferido de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido para la atención a largo plazo (LTC)** (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5) (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos: incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	$5	$0	$5	$0	$5	$5
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	$10	$0	$10	$0	$10	$10

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido preferido de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido para la atención a largo plazo (LTC)** (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5) (suministro para hasta 30 días)
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marcas preferidas: incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	25%	25%	25%	25%	25%	25%
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marcas no preferidas: incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	33%	32%	33%	32%	33%	33%

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido preferido de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido para la atención a largo plazo (LTC)** (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5) (suministro para hasta 30 días)
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos especializados: incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior).	28%	28%	28%	28%	28%	28%
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos para cuidados selectos: incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	$0	$0	$0	$0	$0	$0

Usted no pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto sin importar el nivel de costo compartido, incluso si usted no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o a su médico le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

Si recibe el suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro del mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento *a largo plazo* (61 -100 días)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro para 61-100 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo.

- En ocasiones el costo del medicamento es menor a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento, en lugar del copago.

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 61-100 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para 61-100 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para 61-100 días)	**Costo compartido preferido de pedido por correo** (suministro para 61-100 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos: incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	$15	$0	$15	$0
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	$30	$0	$30	$0
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferida: incluye medicamentos de marca preferida y podría incluir algunos medicamentos genéricos.)	25%	25%	25%	25%
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos: incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.)	33%	32%	33%	32%

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 61-100 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para 61-100 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para 61-100 días)	**Costo compartido preferido de pedido por correo** (suministro para 61-100 días)
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos especializados: incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.)	**No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5.**			
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos para cuidados selectos: incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para evitar enfermedades (vacunas).)	$0	$0	$0	$0

Usted no pagará más de $70 por un suministro para hasta dos meses o $105 por un suministro para hasta tres meses por cada producto de insulina cubierto de los Niveles 3 y 4 , incluso si usted no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo anuales alcancen los $2,000

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo totales alcancen los $2,000. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para el total de los costos que paga de su bolsillo.

La *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de $2,000 de costos que pagan de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $2,000 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y son cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, incluso si usted no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más detalles sobre cobertura y costos compartidos de vacunas específicas.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la administración de la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Los costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres elementos:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización denominada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
    - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no tienen costo para usted.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.

3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se usted encuentre.

- A veces, cuando obtiene una vacuna, debe pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación se presentan tres ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos el copago por la vacuna (incluida la administración), y se restará la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administrará la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó, y se restará la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

CAPÍTULO 7:

Cómo puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan, o puede recibir una factura de un proveedor. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama reembolso). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos 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.

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 este 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

Fuera del área de servicio, 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:

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina facturación de saldos. Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (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 la parte que nos corresponde de los costos. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su rembolso.

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 la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Para obtener más información sobre estas circunstancias, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total 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 la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo que usted pagó si el precio en efectivo que usted pagó es superior a nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando 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 nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo que usted pagó si el precio en efectivo que usted pagó es superior a nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento 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, las fechas 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.

Para servicios médicos, envíenos su solicitud de pago, junto con las facturas o recibos pagados, a esta dirección:

Dirección de solicitud de pago
Member Reimbursement Dept
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

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
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento tiene cobertura y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Es posible que la parte que nos corresponde del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. 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 cuál es su derecho para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, 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 inglés, 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, para ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, 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.

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

consultar a un especialista en la salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una 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 profesionales, 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. 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.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un 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 California 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, 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 alguna pregunta o inquietud sobre los derechos y responsabilidades, o bien, si tiene sugerencias 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 de Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-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 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 su prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio o medicamento.
  - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, 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, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos 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 (Railroad Retirement Board, RRB)).

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 dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas;** también denominados reclamos.

Ambos 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 generalmente 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 precisión cuando quiera 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 presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

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

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

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

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare realice lo siguiente:

- 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.
- También puede ingresar en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le será útil.

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

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (los artículos médicos, los servicios médicos 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 siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

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, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los 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 lo remite a un especialista médico 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 recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o la Evidencia de cobertura deje claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura 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 una 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 que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, 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, 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, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 de atención médica, consulte la **Sección 5.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 6 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 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 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 llamarnos a Servicios para los miembros**.
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **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 o medicamentos con receta de la Parte B. 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 su apelación de Nivel 1 es denegada, 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 terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de 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 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

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

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8** 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 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. 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 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará 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 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
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 5.5.**
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 5.3.**

   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 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 5.2 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.

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma en un plazo de 14 días calendario o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos, o de 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:
  - Explica que usaremos los plazos estándar.
  - Explica que si su médico nos pide una decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - Explica que 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 contiene información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos 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 calendario 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 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para una decisión 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, le daremos una respuesta 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 calendario 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 10 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, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la 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 5.3 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.

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere 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 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos**. El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo 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 pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si 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 información adicional para sustentar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo exige.
  - **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando 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 período de tiempo extendido, si es que tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. La Sección 5.4 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

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida 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 antes si su afección médica así lo exige.
  - **No obstante**, si solicita más tiempo o necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos 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 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 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
  - Si no le damos una respuesta en el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. La Sección 5.4 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 en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o en **un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** automáticamente enviaremos su solicitud a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 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**. Esta organización 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 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.
- 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.
- Sin embargo, 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 **en un plazo de 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.
- Sin embargo, 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 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 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 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 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.
- **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 aprobar. (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 alcanzar 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 de 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 9 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos la parte que nos corresponde del costo de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. 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 de la parte que nos corresponde del costo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero nunca después de 60 días calendario de recibida 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 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una 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 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios 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 los Capítulos 5 y 6. **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 usted cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted 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 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

- Cómo solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

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 6.2 ¿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 consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra "Lista de medicamentos".** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplique a medicamentos de Nivel 4 (medicamentos no preferidos). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de 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". Si aceptamos hacer una excepción y no aplicamos una restricción a usted, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los seis niveles de costo

compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 (Nivel de medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de nivel(es) de costo compartido inferior(es) no funcionen igual para usted o exista la posibilidad de que le provoquen una reacción adversa u otros daños.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 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 en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándar podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, tomaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que le tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
  - Explica que usaremos los plazos estándar.
  - Explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos. .

- Le indica 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. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde 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 tener acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de *Solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS* (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), en nuestro sitio web wellcare.healthnetcalifornia.com/coveragedeterminations. 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 identifique la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que es la razón médica de la excepción. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Nosotros consideramos su solicitud y le damos respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta en un **plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos 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 decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **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 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 en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 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 solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 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 **redeterminación.** Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele solicitarse en un plazo de 7 días calendario. 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 que hemos tomado sobre 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 que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito, o llámenos**. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 1-800-275-4737, (TTY: 711). El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de *Solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)* disponible en nuestro sitio web wellcare.healthnetcalifornia.com/coveragedeterminations. 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 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a 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 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 6.6 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 6.6 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,** le 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 sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no 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. También le diremos 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 6.6 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 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado 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 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días calendario 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 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 calendario antes de su fecha de alta, 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 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de 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 atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con 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 inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿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 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 de su alta**.

  - **Si usted cumple con este plazo**, es posible que pueda 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**, comuníquese con nosotros. Si 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.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos contacte, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en internet 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 *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree 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 nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica 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*, **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 7.3 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 decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, 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. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay 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 mediador revisa su apelación. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF))** que estén cubiertos, 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 nuestra parte del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

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 calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:

- La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
- Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período 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 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **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.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos 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 decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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 para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare* (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC).

- Si se vence el plazo y todavía quiere presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad.

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 de nosotros 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 una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto 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 calendario** después del día en 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 calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?

- **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.
- Usted 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.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están 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 un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 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 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 la atención médica 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 disputa.
- **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 para proceder con una apelación de Nivel 4.

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 si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 9.2 Solicitudes para apelaciones de Nivel 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 administrativo o un mediador 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.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **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. El aviso que reciba le indicará qué hacer para apelaciones de Nivel 4.

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.** 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 decisión**.**
- **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 le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. 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 Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *no* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Primera Instancia.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿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?
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?

Queja	Ejemplo
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 10.2 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 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si 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 figura 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 usted solicita la extensión, o si justificamos 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 una revisión rápida de una apelación de servicios o medicamentos de la Parte D rechazados.
    - Decidimos que se necesita más tiempo para revisar su solicitud de atención médica.
    - Decidimos que se necesita más tiempo 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 la 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 demorar 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 10.4 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 a 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 que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de 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. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

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 Simple Focus (HMO) 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 nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y los medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el **Período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija 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,
  - – *o bien* – 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 usted 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 63 días consecutivos 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.
- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y, además, para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes en que comiencen a tener derecho a la Parte A y a la Parte B hasta el último día del tercer mes contado a partir del momento en que comenzaron a tener este derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage,** usted puede realizar lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para 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 período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **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 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial.**

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período 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 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.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- 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 una cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos 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.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado 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.

Sección 2.4 ¿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 2025***.
- 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 inscripción en Wellcare Simple Focus (HMO) 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 inscripción en Wellcare Simple Focus (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta 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 Simple Focus (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir obteniendo sus artículos médicos, servicios médicos y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red 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 hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará 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 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 ya 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 intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, puede llamar a Servicios para los miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Wellcare Simple Focus (HMO) 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 Simple Focus (HMO)

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 tiene el derecho y/o los proveedores de tratamiento tienen derecho a 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 íntegra o totalmente por su pérdida. 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 de la recuperación 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 nuestro plan y/o con los esfuerzos del proveedor de tratamiento para recuperar sus gastos, incluyendo:

- Comunicar a nuestro plan o al proveedor de tratamiento, 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 de tratamiento 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 de tratamiento 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 íntegra o totalmente por su pérdida;
- 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 de tratamiento, 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 en exceso.

SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro

La tarjeta de miembro emitida por nuestro plan en virtud de 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 en virtud de esta *Evidencia de cobertura*. Para tener derecho a los servicios o beneficios que se ofrecen en virtud de esta *Evidencia de cobertura*, el titular de la tarjeta debe ser elegible para la cobertura y estar inscrito como miembro en virtud de esta *Evidencia de cobertura*. Toda persona que reciba servicios a los que no tenga derecho en virtud de 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 1-800-275-4737 (TTY: 711) si necesita que le sustituyan su tarjeta de miembro.

Nota: Todo miembro que permita a sabiendas el abuso o el uso indebido 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 inscripción por abuso o uso indebido de la tarjeta de membresía, 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 en virtud de 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.

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: autorización por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

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 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 intercambiable: biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Consulte **"Biosimilar intercambiable"**).

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 ambulatorio 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 que se le puede solicitar que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por los servicios o medicamentos con receta después de que pague los deducibles.

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 estándar: es el costo compartido que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Costo compartido preferido: costo compartido preferido significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

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 de si 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 $2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo del año hayan alcanzado el monto límite que paga de su bolsillo.

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, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterio, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido del plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar los montos de 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 de 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.

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) y/o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

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, como medicamentos de la Parte D cubiertos, 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 límite que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el 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 período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

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 por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS)): 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.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo del 1 de enero al 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 período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Periodo de inscripción anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Periodo de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Algunas situaciones en las que usted puede ser elegible para un Periodo de inscripción especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

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 período 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 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, los de necesidades especiales, los Programas piloto/demostraciones y los 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 i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un 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 Medicare Advantage HMO o PPO 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.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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 original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: es un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también **“Producto biológico original”** y **“Biosimilar”**).

Programa de descuentos del fabricante: un programa en el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

proveedor de atención primaria (PCP): su médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. 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.

"Real Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real): un portal o una aplicación informática en la que las personas inscritas pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada del Formulario y de beneficios específica para las personas inscritas. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección de salud que un medicamento dado, y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

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 la Parte A y la Parte 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: un servicio cubierto por el plan que requiere una atención médica inmediata, que no sea una emergencia, es un servicio de urgencia en caso de que usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o con quien el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o brotes imprevistos de afecciones existentes. Sin embargo, las vistas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

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.

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-844-428-2224 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-844-428-2224 (TTY: 711). These services are free.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Զանգահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-844-428-2224（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 1-844-428-2224（TTY：711）。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-844-428-2224 (TTY：711)。我們也為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 1-844-428-2224 (TTY：711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-844-428-2224 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।** 1-844-428-2224 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-844-428-2224（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。1-844-428-2224（TTY：711）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

โปรดทราบ: **หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร** 1-844-428-2224 (TTY: 711) **นอกจากนี ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารทีเป็นอักษรเบรลล์และเอกสารทีใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร** 1-844-428-2224 (TTY: 711) **บริการเหล่านีไม่มีค่าใช้จ่าย**

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Wellcare Simple Focus (HMO) Servicios para los miembros

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-275-4737 Las llamadas son gratuitas. 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. a 8 p.m.. Tenga en cuenta que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede atender 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 ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas son gratuitas. 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 al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
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.*