**[PFFS templates]  
[2015 ANOC template]**

***[Insert 2015 plan name] ([insert plan type]) ofrecido por [insert MAO name]***

# Aviso Anual de Cambios para el 2015

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

Actualmente está inscrito como miembro de *[insert 2014 plan name]*. El próximo año, habrá algunos cambios a los costos y los beneficios del plan. *Este folleto informa sobre los cambios.*

* **Tiene entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el año próximo.**

Recursos Adicionales

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Está información esta disponible gratis en otros idiomas. Por favor comuníquese con nuestro Servicios para Miembros al numero *[insert phone number]* para más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al [*insert TTY number*].) El horario es de *[insert days and hours of operation]*.] Servicios para Miembros [*plans that meet the 5% threshold insert:* también] ofrece servicios de intérprete de idiomas gratis para personas que no hablan inglés. *[plans that meet the 5% threshold delete the rest of this sentence]* (Los números de teléfono están en la *[edit section number as needed]* Sección 8.1 de este folleto).
* *[Plans that meet the 5% threshold insert the paragraph above in all applicable languages.]*
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*

Acerca de *[insert 2015 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” se refiere a *[insert MAO name]*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *[insert 2015 plan name]*.

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* Aprobación de CMS[MMDDYYYY]  *OR [insert Material ID]* Presentar & Usar[MMDDYYYY]]

Piense acerca de Su Cobertura de Medicare para el Próximo Año

Cada Otoño, Medicare le permite cambiar su cobertura de Medicare de salud y medicamentos recetados durante el Período de Inscripción Anual. Es importante revisar su cobertura actual para asegurarse que su cobertura se adapte a sus necesidades el año que viene.

Fuentes de información adicionales:

* **Verifique los cambios producidos en sus beneficios y costos para ver si éstos lo afectan. ¿**Afectan esos cambios a los servicios que usted utiliza? Es importante revisar los cambios a los beneficios y costos para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año. Busque las Secciones *[insert section number]* y *[insert section number]* para información sobre los cambios a los beneficios y costes de nuestro plan.
* *[MA-only plans delete]* **Revisar los cambios a nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.** ¿Serán cubiertos sus medicamentos recetados? ¿Están en un nivel diferente? ¿Puede seguir utilizando las misma farmacias? Es importante revisar los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos recetados funcione para usted el año que viene. Busque en la Sección *[insert section number]* para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados.
* *[Non-network plans delete]* **Revisar si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.** ¿Están sus médicos en nuestra red? ¿Qué tal sus hospitales y otros proveedores que usa? Busque en la Sección *[insert section number]* para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores.
* **Piense su costo total de atención médica en general.** ¿Cuánto va gastar de su bolsillo en servicios y medicamentos recetados que usted usa con regularidad? ¿Cuánto va gastar en su prima? ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de coberturas Medicare?
* **Evalúe si usted está feliz con nuestro plan.**

Si usted decide quedarse con *[insert 2015 plan name]*:

Si quiere quedarse con nosotros el año que viene, es fácil – usted no necesita hacer nada. Si para el 7 de Diciembre usted no hace un cambio, se quedará automáticamente inscrito en nuestro plan.

Si usted decide cambiar de plan:

Si usted decide que otra cobertura será mejor para satisfacer sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el15 de octubre y el 7 de diciembre. Si se inscribe en un plan nuevo, su nueva cobertura iniciaría el 1 de enero de 2015. Vea la Sección *[edit section number as needed]* 4.2 para aprender más sobre sus opciones.

Sumario de Costos Importantes para 2015

La siguiente tabla compara los costos del 2014 y los costos del 2015 de *[insert 2015 plan name]* en varias áreas de importancia. **Por favor tenga en cuenta que esto solo es un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso Anual de Cambios*** y revisar el [*insert as applicable:* adjunto *OR* incluido] *Evidencia de Cobertura* para ver si otros cambios en beneficios o costos lo afectan.

| Costo | 2014 (este año) | 2015 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual del plan\*  *\* [MA-PD plans insert:* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad.] Busque la Sección *[edit section number as needed]* 2.1 para detalles. | *[insert 2014 premium amount]* | *[insert 2015 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row.]*  Deducible anual | *[insert 2014 deductible amount]* | *[insert 2015 deductible amount]* |
| Cantidad máxima que pagará de su bolsillo  Esto es lo monto máximo que pagará de su bolsillo para sus servicios cubiertos en Parte A y Parte B. (Busque la Sección *[edit section number as needed]* 2.2 para más detalles.) | *[insert 2014 MOOP amount]* | *[insert 2015 MOOP amount]* |
| Visitas al consultorio médico | Consultas de atención primaria: *[insert 2014 cost-sharing for PCPs]* por consulta  Consultas al especialista: *[insert 2014 cost-sharing for specialists]* por consulta | Consultas de atención primaria: *[insert 2015 cost-sharing for PCPs]* por consulta  Consultas al especialista: *[insert 2015 cost-sharing for specialists]* por consulta |
| Estancias hospitalarias  Incluye internación aguda, rehabilitación hospitalaria, y otros tipos de servicios de hospitalización. Atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día que ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de que le den de alta es su último día de hospitalización. | *[insert 2014 cost-sharing]* | *[insert 2015 cost-sharing]* |
| *[MA-only plans delete]* Parte D cobertura de medicamentos recetados  (Busque *[edit section number as needed]* Sección 2.6 para detalles.) | Deducible: *[Insert 2014 deductible amount]*  Copagos durante la etapa inicial de cobertura:   * Medicamentos Nivel 1: *[Insert 2014 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | Deducible: *[Insert 2015 deductible amount]*  Copagos durante la etapa inicial de cobertura:   * Medicamentos Nivel 1: *[Insert 2015 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* |

***Aviso Anual de Cambios para 2015*  
Indice**

*[Update table below after completing edits]*

Considere Su Cobertura de Medicare Para El Próximo Año 2

Sumario de Costos Importantes para 2015 3

SECCIÓN 1 Estamos Cambiando El Nombre del Plan 5

SECCIÓN 1 A No Ser Que Elija Otro Plan, Usted Será Inscrito Automaticamente en *[insert 2015 plan name]* en 2015 5

SECCIÓN 2 Cambios a Beneficios y Costos para el Próximo Año 6

Sección 2.1 – Cambios en la Prima Mensual 6

Sección 2.2 – Cambios en la Cantidad Maxima Que Pagará De Su Bolsillo 6

Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores 7

Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias 8

Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de Servicios Medicos 8

Sección 2.6 – Cambios en la Cobertura de Parte D de Medicamentos Recetados 9

SECCIÓN 3 Otros Cambios 14

SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Plan Eligir 14

Sección 4.1 – Si usted decea permanecer en *[insert 2015 plan name]* 14

Sección 4.2 – Si usted decea cambiar de plan 14

SECCIÓN 5 Fecha límite para Cambiar de Planes 16

SECCIÓN 6 Programas Que Ofrecen Consejos Gratuito sobre Medicare 16

SECCIÓN 7 Programas Que Ayudan A Pagar las Recetas Médicas 17

SECCIÓN 8 ¿Preguntas? 18

Sección 8.1 – Cómo obtener Ayuda de *[insert 2015 plan name]* 18

Sección 8.2 – Cómo obtener Ayuda directamente de Medicare 18

*[If Section 1 does not apply, plans should omit it and renumber remaining sections as needed.]*

SECCIÓN 1 Estamos Cambiando el Nombre del Plan

*[Plans that are changing the plan name, as approved by CMS, include Section 1, using the section title above and the following text:*

El 1 de enero de 2015, nuestro nombre de plan cambiará de *[insert 2014 plan name]* a *[insert 2015 plan name].*

*[Insert language to inform members if they will receive new ID cards and how, as well as if the name change will impact any other beneficiary communication.]]*

SECCIÓN 1 A No Ser Que Elija Otro Plan, Usted Será Inscrito Automáticamente en *[insert 2015 plan name]* en 2015

*[If the beneficiary is being enrolled into another plan due to a consolidation, include Section 1, using the section title above and the text below. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that crosswalks a member from a non-renewed plan to a consolidated renewal plan will compare benefits and costs, including cost-sharing for drug tiers, from that enrollee’s previous plan to the consolidated plan.]* El 1 de enero 2015, *[insert MAO name]* será combinado *[insert 2014 plan name]* con uno de nuestros planes, *[insert 2015 plan name]*.

**Si para el 7 de diciembre no ha hecho nada para cambiar su cobertura de Medicare, nosotros automáticamente lo inscribiremos en nuestro *[insert 2015 plan name]*.** Esto significa que a partir de enero 1, 2015 va obtener su cobertura médica *[insert if applicable:* y de medicamentos recetados] a través de *[insert 2015 plan name]*. Usted tiene opciones sobre cómo obtener su cobertura de Medicare. Si desea, puede cambiar a un plan de salud de Medicare diferente. También puede cambiar a Medicare Original

La información en este documento le informa acerca de las diferencias entre sus beneficios actuales en *[insert 2014 plan name]* y de los beneficios que tendrá el 1 de enero 2015, como miembro de *[insert 2015 plan name]*.

[*Plans that have previously notified members about the enrollment may insert the following paragraph, editing as necessary: [Insert MAO name]* le envió una carta llamada “*[insert name of letter]*.” Está carta le dice que su membresía en *[insert 2014 plan name]* se terminara. La carta contiene información importante acerca de las diferentes formas de obtener su cobertura de Medicare, incluyendo la información acerca de cómo hacer un cambio en su cobertura. Si usted tiene alguna pregunta, o si usted no recibió la carta, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto).]

SECCION 2 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

### Sección 2.1 – Cambios en la Prima Mensual

*[Plans may add a row to this table to display changes in premiums for optional supplemental benefits. If there is no change in premium for optional supplemental benefits, plans do not need to insert a row.]*

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may insert a row to describe the change in the benefit.]*

| Costo | 2014 (este año) | 2015 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual  (También debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.) | *[insert 2014 premium amount]* | *[insert 2015 premium amount]* |

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

* Su prima mensual del plan será *más* si es requerido que usted pague una multa por inscripción tardía.
* Si usted tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
* Su prima mensual será *menos* si está recibiendo “Ayuda Adicional” con sus costo de medicamentos recetados.

### Sección 2.2 – Cambios en el Monto Máximo de Su Bolsillo

*[Plans that include the costs of supplemental benefits (e.g., POS benefits) in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

Para protegerlo a usted, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto usted paga de “su bolsillo” durante el año. Este limite se llama “cantidad máxima que pagará de su bolsillo”. Una vez que alcance el importe máximo de su propio bolsillo, por lo general, no pagara por servicios bajo la cobertura [*insert if applicable:* Parte A y Parte B] por el resto del año.

| Costo | 2014 (este año) | 2015 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Cantidad máxima que pagará de su bolsillo  Sus costos por servicios cubiertos médicos (tal cómo copagos [*insert if plan has a deductible:* and deductibles]) cuentan hacía su monto máximo que pagará de su bolsillo. [*Plans with no premium and/or no Part D coverage may modify or delete the following sentence as needed]* Su prima del plan y sus costos de medicamentos recetados no cuentan hacía su monto máximo que pagará de su bolsillo. | *[insert 2014 MOOP amount]* | *[insert 2015 MOOP amount]*  Una vez que haya pagado *[insert 2015 MOOP amount]* de su propio bolsillo por servicios cubiertos en [*insert if applicable:* Parte A y Parte B], usted ya no tendrá que pagar por servicios bajo la cobertura [*insert if applicable:* Parte A y Parte B] por el resto del año calendario. |

### Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores

*[Plans with no provider network delete this section.]*

Hay cambios en nuestra red de médicos y otros proveedores para el próximo año.

[*Insert as applicable:* Incluimos una copia de nuestro Directorio de Proveedores en el sobre con este folleto. *OR* Un Directorio de Proveedores actualizado se encuentra en nuestra página de web *[insert URL]*.] También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada de proveedores. **Por favor revise el Directorio de Proveedores 2015 para verificar si sus proveedores son parte de nuestra red.**

Es importante que usted sepa que es posible realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay una serie de razones por las que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista deja su plan 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 facilitará el acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas cualificados.
* Cuando sea posible se le proporcionará con una anticipación mínima de 30 días de que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
* Le ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo para continuar la gestión de sus necesidades de atención médica.
* Si se somete a un tratamiento médico usted tiene el derecho de solicitar, y vamos a trabajar con usted para asegurar, que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido.
* Si usted cree que no le hemos presentado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo manejada apropiadamente, usted tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
* Si usted descubre que su médico o especialista está dejando su plan, por favor contáctenos para que podamos ayudarle con la administración de su cuidado y a encontrar un proveedor nuevo.

### Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias

*[MA-only plans delete Section 2.4]*

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos recetados puede depender de qué farmacia usted utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas sólo si se surten en una de nuestras farmacias de la red. *[Insert if applicable:* Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que le puede ofrecer un costo compartido menor que el estándar costo compartido ofrecido por otras farmacias dentro de la red.] Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

[*Insert as applicable:* Incluimos una copia de nuestro Directorio de Farmacias en el sobre con este folleto. *OR* Un Directorio de Farmacias actualizado se encuentra en nuestra página de web [*insert URL*].] También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada de proveedores o para pedirnos que le envíen un Directorio de Farmacias. **Por favor revise el Directorio de Farmacias 2015 para ver cuales son las farmacias de nuestra red.**

### Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos por Servicios Médicos

[*If there are no changes in benefits or in cost-sharing, revise heading to “There are no changes to your benefits or amounts you pay for medical services” and replace the rest of this section with:* Nuestros beneficios y lo que usted paga por ésta cobertura de servicios médicos serán exactamente los mismos en 2015 como en 2014.]

Estamos cambiando nuestra cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. La información siguiente describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla De Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga),* en su *Evidencia de Cobertura 2015*.

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2014 benefits that will end for 2015, including any new optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium); (2) new limitations or restrictions on Part C benefits for CY 2015; and (3) all changes in cost-sharing for 2015 for covered medical services, including any changes to service category, out-of-pocket maximums, and cost-sharing for optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium).]*

| Costo | 2014 (este año) | 2015 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | *[For benefits that were not covered in 2014 insert:*  *[insert benefit name*] no está cubierto.*]*  *[For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un copago de $*[insert 2014 copayment amount]* *[insert language as needed to accurately describe the benefit, (e.g., “per office visit”)].*]  *[For benefits with a coinsurance insert:* Usted paga *[insert 2014 coinsurance percentage]*% del costo total *[insert language as needed to accurately describe the benefit, (e.g., “for up to one visit per year”)].]* | *[For benefits that are not covered in 2015 insert: [insert benefit name*] no está cubierto.*]*  *[For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un copago de $*[insert 2015 copayment amount]* *[insert language as needed to accurately describe the benefit, (e.g., “per office visit”)].*]  *[For benefits with a coinsurance insert:*  Usted paga *[insert 2015 coinsurance percentage]*% del costo total *[insert language as needed to accurately describe the benefit, (e.g., “for up to one visit per year”)].]* |
| *[Insert benefit name]* | *[insert 2014 cost/coverage, using format described above]* | *[insert 2015 cost/coverage, using format described above]* |

*[MA only plans delete Section 2.6 below]*

### Sección 2.6 – Cambios a la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

#### Cambios a Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. Una copia de nuestra lista de medicamentos está en este sobre.

[*Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with:* No hemos hecho ningún cambio en nuestra Lista de Medicamentos para el próximo año. Los medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos será la misma en 2015 que en 2014. Sin embargo, se nos permite hacer cambios en la lista de medicamentos de vez en cuando a lo largo del año, con la aprobación de Medicare o si un medicamento ha sido retirado del mercado ya sea por la FDA o por el fabricante del producto.]

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año que viene y para ver si va a haber alguna restricción.** [*If including an abridged formulary, add the following language:* La Lista de Medicamentos que incluimos en este sobre incluye muchos – *pero no todos* – de los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si usted no ve su medicamentos en la lista, aún podría estar cubierto. **Usted puede obtener la Lista de Medicamentos *completa*** llamando a Servicios para Miembros (vea la contraportada) o visitando nuestro sitio de web*([insert URL]*).]

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos usted puede:

* **Colaborar con su médico (u otro proveedor) y pedirle al plan que haga una excepción** para que cubra el medicamento. *[Plans may omit the following sentence if they allow current members to obtain a temporary supply]* **Los miembros actuales**  pueden solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de su proscriptor). Si aprobamos su solicitud, usted podrá obtener su medicamento al inicio del año nuevo del plan.
  + Para saber que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 del *Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios para Miembros.
* **Buscar un medicamento diferente** que cubramos. Usted puede llamar a Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

*[Plans may omit this if they allow current members to request formulary exceptions in advance for the following year]*En algunas situaciones, cubrimos **una sola vez,** el suministro temporal. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte Capítulo 5, Sección 5.2 del *Evidencia de Cobertura.*) Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando su suministro temporal termine. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

*[Plans may include additional information about processes for transitioning current enrollees to formulary drugs when your formulary changes relative to the previous plan year.]*

*[Include language to explain whether current formulary exceptions will still be covered next year or a new one needs to be submitted.]*

#### Cambios en los Costos de Medicamentos Recetados

*Nota:* Si usted está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D [***insert as applicable:* **pueda no aplicarse** *OR* **no se aplica]** a usted.*[If not applicable, omit the following information about the LIS Rider]*Nosotros[*insert as appropriate:* hemos incluido *OR* le hemos enviado] un documento llamado el “Cláusula de Evidencia de Cobertura para Personas Que Reciben Ayuda Adicional Para Pagar Sus Medicamentos Recetados” (también llamado “Cláusula de Subsidio Por Bajos Ingresos” o la “Cláusula LIS”), que informa sobre cobertura de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y [*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* no recibió este documento con este paquete,] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* no ha recibido este documento para *[insert date]*,] por favor llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. Los números para Servicios para Miembros se encuentran en la sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentra (Usted puede buscar en el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información acerca de las etapas).

A continuación se muestran los cambios para el próximo año para las dos primeras etapas – La Etapa de Deducible Anual y La Etapa de Cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas – La Etapa de Brecha De Cobertura o La Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre los costos de estas etapas, vea el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, del *Evidencia de Cobertura* [*insert as applicable:* adjunto *OR* incluido].)

Cambios en la Etapa de Deducible

| Costo | 2014 (este año) | 2015 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 1: Etapa de Deducible Anual  Durante está etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos [*insert as applicable:* Parte D *OR* de marca *OR* *[insert tier name(s)]*] hasta que haya alcanzado el deducible anual.  [*Plans with no deductible, omit text above*.] | El deducible es $*[insert 2014 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos un deducible, está etapa no se aplica a usted.] | El deducible es $*[insert 2015 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos un deducible, está etapa no se aplica a usted.] |

Cambios a Su Copagos en la Etapa de Cobertura Inicial

*[Plans must list all drug tiers in the table below and show costs for a one-month supply filled at a network retail pharmacy. Plans that have pharmacies that provide preferred cost-sharing must EITHER provide information on member cost-sharing for network pharmacies that offer standard cost-sharing using the chart below OR provide information on both standard and preferred cost-sharing using the second alternate chart. Plans without drug tiers may revise the table as appropriate.]*

| Costo | 2014 (este año) | 2015 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence]* Una vez que usted paga el deducible anual, usted se mueve a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.**  Los costos de esta fila son para un suministro de un mes (*[insert number of days in a one-month supply]*-días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que provee costo compartido estándar. Para obtener información acerca de los costos *[insert as applicable:* para un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece costo compartido preferido; o por recetas de pedido por correo], consulte el Capítulo 6, Sección 5 de *Evidencia de Cobertura*.  *[Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelo en la Lista de Medicamentos.] | Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: sus costos totales de medicamentos haya alcanzado $2,850, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Lapso de Cobertura) *OR* usted haya pagado de su bolsillo $4,550 por los medicamentos de Parte D, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] | Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: sus costos totales de medicamentos haya alcanzado $[*insert 2015 initial coverage limit],* usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Lapso de Cobertura) *OR* usted haya pagado de su bolsillo $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*] por los medicamentos de Parte D, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] |

*[Plans with pharmacies that offer standard and preferred cost-sharing may replace the chart above with the one below to provide both cost-sharing rates.]*

| Costo | 2014 (este año) | 2015 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence]* Una vez que usted paga el deducible anual, usted pasará a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.**  Los costos de esta fila son para un suministro de un mes (*[insert number of days in a one-month supply]*-días) al surtir su receta en una farmacia de la red. Para obtener información acerca de los costos *[insert as applicable:* para un suministro a largo plazo o por las recetas de pedido por *correo]* consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su *Evidencia de Cobertura.*  *[Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelo en la Lista de Medicamentos.] | Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total].  *Costo compartido preferido: Usted paga* [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total].  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total].  *Costo compartido preferido: Usted paga* [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: sus costos totales de medicamentos haya alcanzado $2,850, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Lapso de Cobertura) *OR* usted haya pagado de su bolsillo $4,550 por los medicamentos de Parte D, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] | Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total].  *Costo compartido preferido: Usted paga* [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total].  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total].  *Costo compartido preferido: Usted paga* [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR* *[xx]*% del costo total].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: sus costos totales de medicamentos haya alcanzado $[*insert 2015 initial coverage limit],* usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Lapso de Cobertura) *OR* usted haya pagado de su bolsillo $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*] por los medicamentos de Parte D, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] |

Cambios a las Etapas Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos - la Etapa Brecha de Cobertura y la Etapa Cobertura Catastrófica – son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa Brecha de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica.** Para obtener información acerca de los costos de estas etapas, consulte al Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura.*

SECCIÓN 3 Otros Cambios

*[This section is optional. Plans with administrative changes that impact members (e.g., changes in options for paying the monthly premium, changes in contract or PBP number) may insert this section and describe the changes in the table below. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed.]*

| Costo | 2014 (esté año) | 2015 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[insert 2014 administrative description]* | *[insert 2015 administrative description]* |
| *[insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[insert 2014 administrative description]* | *[insert 2015 administrative description]* |

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si usted desea seguir en *[insert 2015 plan name]*

**Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o no cambia a Medicare Original para el 7 de diciembre, usted automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan para el 2015.

### Sección 4.2 – Si usted desea cambiar de plan

Esperamos seguir contando con su membresía el año que viene, pero si usted quiere cambiar para el 2015 siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

* Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare,
* *-- O*—Puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, usted tendrá que decidir entre inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare y la posibilidad de comprar una póliza de seguro suplemtario a Medicare (Medigap).

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2015,* llame a su Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (vea la Sección *[edit section number as needed]* 6), o llame a Medicare (vea la Sección *[edit section number as needed]* 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área por medio del Localizador de Planes de Medicare en la página de web de Medicare. Visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar Planes de Salud y Medicamentos”. **Aquí, usted puede encontrar información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

[*Plans may choose to insert if applicable:* Como recordatorio, *[insert MAO name]* ofrece otros [*insert as applicable:* planes de salud de Medicare Y/O planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, prima mensual, y cantidades de costo compartido.]]

Paso 2: Cambie su cobertura

* Para cambiar **a un plan de salud diferente de Medicare,** inscríbase en el plan nuevo. Automáticamente se le dará de baja de *[insert 2015 plan name]*.
* [*MA-PD plans, insert:* Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados,** inscríbase en el plan nuevo de medicamentos recetados. Automáticamente se le dará de baja de *[insert 2015 plan name]*.]
* [*MA-only plans, insert:* Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados,** usted debe:
* Envíenos por escrito una solicitud para desafiliarse de *[insert 2015 plan name]* o comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y pida ser desafilado. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Póngase en contacto con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo desafiliarse (los números telefónicos están en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto);
* *– y –* Comuníquese con el plan de medicamentos recetados de Medicare que desea inscribirse y solicite la inscripción.]
* Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
  + Envíenos por escrito una solicitud para desafiliarse. Póngase en contacto con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos están en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto);
  + *– o –* Comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y solicitar ser desafiliado. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Fechas límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, lo puede hacer a partir del **15 de octubre al 7 de diciembre.** El cambio entrará en efecto el 1 de enero de 2015.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, se les permite hacer un cambio en otros mementos del año a las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, y aquellos que se mudan fuera del área de servicio. Para obtener más información, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 8 O Capítulo 10], Sección 2.3 del *Evidencia de Cobertura.*

Si usted se inscribió en un plan de Medicare De Ventaja para el 1 de enero de 2015, y no le gusta el plan elegido, puede cambiar a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero 2015. Para más información, vea [*insert as applicable:* Capítulo 8 O Capítulo 10], Sección 2.2 del *Evidencia de Cobertura.*

SECCIÓN 6 Programas que Ofrecen Consejos Gratuito acerca de Medicare

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]*

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En *[insert state]*, el SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría local **gratis** a las personas que tienen Medicare. *[Insert state-specific SHIP name]* consejeros pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan. Usted puede llamar a *[insert state-specific SHIP name]* al *[insert SHIP phone number]*. [*Plans may insert the following:* Usted puede aprender más sobre *[insert state-specific SHIP name]* al visitar su sitio de web (*[insert SHIP website]*).]

SECCIÓN 7 Programas Que Ayudan a Pagar por las Recetas Médicas

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. *[Plans in states without SPAPs, delete the next sentence]* Hay dos tipos básicos de ayuda:

* **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el Coseguros. Además, aquellos que califiquen no tendrán un período sin cobertura o multa por inscripción tardías. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si usted califica, llame al:
  + 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a la semana;
  + La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al, 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
  + Su Oficina Estatal de Medicaid (aplicaciones).
* *[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this bullet.] [Organizations offering plans in multiple states: Revise this bullet to use the generic name (“State Pharmaceutical Assistance Program”) when necessary, and include a list of names for all SPAPs in your service area.]* **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** *[Insert state name]* tiene un programa llamado *[insert state-specific SPAP name]* que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados basado en su necesidad financiera, edad o condición médica. Para informarse más sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la sección *[edit section number as needed]* 6 de este folleto)*.*
* *[Plans with an ADAP in their state(s) that do NOT provide Insurance Assistance should delete this bullet.] [Plans with no Part D drug cost-sharing should delete this section.]***¿Asistencia de Costo-compartido de Medicamentos Recetados para personas con VIH/SIDA?** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que los individuos- ADAP elegibles que viven con VIH/ SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y el estado de VIH, de bajos ingresos según lo definido por el Estado, y no asegurados /estado sub-asegurados. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la prescripción de asistencia de costo compartido a través del *[insert State-specific ADAP name and information].* Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame a *[insert State-specific ADAP contact information].*

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

### Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de *[insert 2015 plan name]*

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlos. Por favor, llame a Servicios para Miembros al Questions? *[insert member services phone number].* (TTY solamente, llame al *[insert TTY number]*.) Estamos a su disposición para las llamadas telefónicas *[insert days and hours of operation]*. [*Insert if applicable:* Las llamadas a estos números son gratuitas.]

Examine su 2015 *Evidencia de Cobertura* (la cual incluye detalles acerca de los beneficios y costos para el próximo año)

Esta *Notificación* *Anual de Cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2015. Para más detalles, consulte el 2015 *Evidencia de Cobertura* para *[insert 2015 plan name].* La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se incluye en este sobre.

Visite nuestra página de Internet

También puede visitar nuestra página de Internet al *[insert URL]*. Como recordatorio, nuestra página de Internet tiene información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) *[MA-only plans, omit]* y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

### Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda directamente de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite la página de Internet de Medicare

Usted puede visitar la página de Internet de Medicare (http://www.medicare.gov). Tiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en la página de Internet de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a http://www.medicare.gov y haga clic en "Comparar Planes de Medicamentos y de Salud.")

Lea *Medicare & Usted 2015*

Puede leer el manual *Medicare & Usted 2015*. Cada año, en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en la página de Internet de Medicare (http://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar 1-877-486-2048.

**[2015 EOC template]**

**Enero 1 – Diciembre 31, 2015**

# Evidencia de Cobertura:

**Sus Beneficios y Servicios de Salud de Medicare [*insert if applicable:* y Cobertura de Medicamentos Recetados] como Miembro de *[insert 2015 plan name] [insert plan type]***

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

Este manual le proporciona los detalles de su cobertura del 1º de enero al 31 de diciembre 2015 acerca de su atención médica de Medicare [*insert if applicable:* y de medicamentos recetados]. En él se explica cómo obtener la cobertura de los servicios de atención de la salud [*insert if applicable:* y de los medicamentos recetados] que usted necesita.  
**Este es un documento legal importante. Por favor guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, *[insert 2015 plan name]*,es ofrecido por *[insert MAO name].* (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” se refieren a *[insert MAO name].* Cuando dice “plan”, o “nuestro plan”, significa *[insert 2015 plan name].*)

*[Insert Federal contracting statement.]*

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor, comuníquese con Servicios para Miembros al *[insert phone number]* para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*). El horario es de *[insert days and hours of operation]*.] Servicio al Miembro [*plans that meet the 5% threshold insert:* también] tiene servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés *[plans that meet the 5% threshold delete the rest of this sentence]* (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

*[Plans that meet the 5% threshold insert the paragraph above in all applicable languages.]*

*[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* Beneficios, formulario, red de farmacias, las primas, los deducibles y/ o copagos/ coseguros pueden cambiar el 1 de enero 2015.

*[Insert as applicable: [insert Material ID]* Aprobación de CMS[MMDDYYYY] *OR [insert Material ID]* Presentar & Usar [MMDDYYYY]*]*

**2015 Evidencia de Cobertura**

**Tabla de Contenidos**

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Usted encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Por dónde empezar una vez que usted es miembro 4

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este folleto. Explica los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener su expediente de afiliación al día.

Capítulo 2. Números de teléfono y datos importantes 22

Le dice cómo ponerse en contact con nuestro plan (*[insert 2015 plan name]*) y con otras organizaciones incluyendo Medicare, el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de Calidad, Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para las personas de bajos ingresos), [*insert if applicable:* programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados,] y la Cámara de Jubilados del Ferrocarril.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener sus servicios médicos 44

Explica cosas importantes que necesita saber para obtener su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo qué está cubierto y lo qué usted paga) 59

Da detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y *no* cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto debe pagar como su parte del costo de su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 97

*[MA-only plans: omit Chapter 5]* Explica las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la parte D. Explica cómo utilizar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* *(Formulario)* para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Le dice que tipo de medicamentos *no* se cubren. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Informa sobre los programas del plan para la seguridad y administración de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos de la Parte D 123

*[MA-only plans omit Chapter 6]* Informa sobre las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (Etapa de Deducible, Etapa de Cobertura, Inicial, Etapa de Lapso de Cobertura, Etapa de Cobertura Catastrófica) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica el *[insert number of tiers]* niveles de costo-compartido para sus medicamentos de la Parte D y le informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo-compartido. Le informa sobre la multa por inscripción tardía.

Capítulo 7. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos *[if* applicable: o medicamentos] 155

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* o medicamentos].

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 163

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

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 175

Le informa paso-a-paso lo que debe hacer si tiene problems o inquitudes como miembro de nuestro plan.

* Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problems para obtern la atención médica [*insert is appliable:* o medicametos recetados] que usted cree [*insert as applicable:* es *OR* son] cubierta por nuestro plan. Esto incluye [*insert is appliable:* pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales a su cobertura de medicamentos recetados, y] pedirnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura está terminando antes de tiempo.
* Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atencion, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo cancelar su plan 237

Explica cuándo y cómo puede terminar su membresía en el plan. Explica las situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 249

Incluye avisos sobre la ley y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 251

Explica términos clave utilizados en este folleto

## Capítulo 1. Por dónde empezar una vez que usted es miembro

SECCIÓN 1 Introdución 5

Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2015 plan name]*, que es un plan Privado de Medicare de Pago-por-Servicio 5

Sección 1.2 ¿En qué consiste la publicación *Evidencia de cobertura*? 5

Sección 1.3 ¿Qué le explica este capítulo? 5

Sección 1.4 ¿Qué ocurre si usted es nuevo a *[insert 2015 plan name]*? 6

Sección 1.5 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura* 6

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 7

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 7

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y Parte B de Medicare? 7

Sección 2.3 Área de servicio para *[insert 2015 plan name]* 7

SECCIÓN 3 ¿Qué otros documentos recibirá de nosotros? 8

Sección 3.1 Su tarjeta como miembro de nuestro plan – Utilícela para obtener toda los cuidados cubierto [*insert if applicable:* y los medicamentos recetados] 8

Sección 3.2 La *Lista de Proveedores:* Su guía a todos los proveedores en la red del plan 9

Sección 3.3 La *Lista de Farmacias:* Su guía a las farmacias en nuestra red 11

Sección 3.4 La Lista del Plan de los Medicamentos Cubiertos (Formulario) 11

Sección 3.5 La *Explicación de Beneficios de Parte D* (la “Parte D EOB”): Reportes con resumen de los pagos realizados para sus medicamentos recetados de la Parte D 12

SECCIÓN 4 Su prima mensual de *[insert 2015 plan name]* 12

Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan? 12

Sección 4.2 Existen varias maneras de pagar su prima del plan 15

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? 18

SECCIÓN 5 Por favor, mantenga actualizados sus datos como miembro 18

Sección 5.1 Cómo ayudarnos a tener la información correcta acerca de usted 18

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal 20

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida 20

SECCIÓN 7 Cómo otros seguros se coordinan con su plan 20

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 20

### SECCIÓN 1 Introdución

#### Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2015 plan name]*, que es un plan Privado de Medicare de Pago-por-Servicio

Usted está cubierto por Medicare, y ha elegido recibir su cuidado de salud de Medicare, [*insert if applicable:* y su cobertura de medicamentos recetados] a través de nuestro plan, *[insert 2015 plan name]*.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. *[Insert 2015 plan name]* es un Plan Privado de Medicare De Ventaja de Pago-por-Servicio (PFFS). [*Insert if applicable:* Este plan no incluye cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.] Como todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare PPO está aprobado por Medicare y lo administra una compañía privada.

#### Sección 1.2 ¿En qué consiste la publicación *Evidencia de cobertura*?

Este folleto de *Evidencia de Cobertura* le informa cómo obtener su atención médica de Medicare [*insert if applicable:* y medicamentos recetados] cubiertos a través de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, lo qué está cubierto y lo qué usted paga como miembro del plan.

Este plan *[insert 2015 plan name],* es ofrecido por *[insert MAO name]*. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice“nosotros,” “nos,” o “nuestro/a,” se refiere a *[insert MAO name].* Cuando dice “plan” o “nuestro plan,” se refiere a *[insert 2015 plan name].*)

La palabra “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y servicios médicos [*insert if applicable:* y medicamentos recetados] disponibles para usted como miembro de *[insert 2015 plan name]*.

#### Sección 1.3 ¿Qué le explica este capítulo?

Revise el Capítulo 1 de esta *Evidencia de Cobertura* para saber:

* ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?
* ¿Qué es el área de servicio de su plan?
* ¿Qué materiales recibirá de nosotros?
* ¿Cuál es la prima de su plan y cómo puede pagarla?
* ¿Cómo mantiene actualizada la información en su expediente de afiliación?

#### Sección 1.4 ¿Qué ocurre si usted es nuevo a *[insert 2015 plan name]*?

Si usted es un miembro nuevo, entonces es importante que usted aprenda lo que son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este folleto de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

#### Sección 1.5 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

##### La *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *[insert 2015 plan name]* cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su fomulario de inscripción, [*insert if applicable:* la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario*)], y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que este inscrito en *[insert 2015 plan name]* entre enero 1, 2015 y diciembre 31, 2015.

Cada año, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *[insert 2015 plan name]* después del 31 de diciembre de 2015. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan, o ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre 2015.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros para Medicare y Servicios de Medicaid) deben aprobar *[insert 2015 plan name]* cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueven su aprobación del plan.

### SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

#### Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

*Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan siempre y cuando:*

* Viva en nuestra área geográfica de servicio (a continuación, la sección 2.3 describe nuestra área de servicio)
* *-- y –* usted tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
* *-- y –* usted *no* tiene Enfermedad Renal Terminal (ESRD), con excepciones limitadas, como si desarrolla ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o si era miembro de un plan diferente de Medicare De Ventaja que finalizó.

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

La primera vez que se inscribió en Medicare, recibió información acerca de los servicios que están cubiertos bajo la Parte A y Parte B de Medicare. Recuerde:

* Medicare Parte A generalmente ayuda a cubrir los servicios prestados por los hospitales (para servicios de hospitalización, centros de enfermería especializada o agencias de salud en el hogar.)
* Medicare Parte B es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios del médico y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero y suministros).

#### Sección 2.3 Área de servicio para *[insert 2015 plan name]*

Aunque Medicare es un programa federal, *[insert 2015 plan name]* solo está disponible para individuos que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted *[if a “continuation area” is offered under 42 CFR 422.54, insert “generally” here, and add a sentence describing the continuation area]* debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe [*insert as appropriate:* a continuación *OR* in en un anexo a esta *Evidencia de Cobertura*].

[*Insert plan service area here or within an appendix. Plans may include references to territories as appropriate. Use county name only if approved for entire county. For partially approved counties, use county name plus zip code. Examples of the format for describing the service area are provided below. If needed, plans may insert more than one row to describe their services area:*Nuestra área de servicio incluye los 50 estados   
Nuestra área de servicio incluye estos estados: *[insert states]*   
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de *[insert state]*: *[insert counties]*   
Nuestra área de servicio incluye estas partes en los condados de *[insert state]*: *[insert county]*, solo los siguientes códigos postales *[insert zip codes]*]

[*Optional info: multi-state plans may include the following:* Ofrecemos cobertura en[*insert as applicable:* varios *OR* todos]los estados[*insert if applicable:* y territorios]*.* Sin embargo, puede haber costos u otras diferencias entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si usted se muda fuera del estado [*insert if applicable:* o territorio]a otro estado [*insert if applicable:* o territorio]que aun está dentro de nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios para Miembros para actualizar su información. *[National plans delete the rest of this paragraph]* Si se muda a un estado [*insert if applicable:* o territorio]fuera de nuestra área de servicio, llame a Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en su nuevo estado [*insert if applicable:* o territorio].]

Si usted planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame a la Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

### SECCIÓN 3 ¿Qué otros documentos recibirá de nosotros?

#### Sección 3.1 Su tarjeta como miembro de nuestro plan – Utilícela para obtener toda los cuidados cubierto [*insert if applicable:* y los medicamentos recetados]

*[Plans that use separate membership cards for health and drug coverage should edit the following section to reflect the use of multiple cards.]*

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía de nuestro plan siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan [*insert if applicable:* y para los medicamentos recetados que recibe en las farmacias de la red]. Esta es un tarjeta de membresía de muestra para mostrarle cómo será la suya:

*[Insert picture of front and back of member ID card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word “sample” on the image of the card.]*

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, **no debe usar su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (a excepción de estudios de examen clínico de rutina, y servicios de hospicio). Mantenga su tarjeta roja, blanca, y azul de medicare en un lugar seguro por si la necesita más adelante.

**He aquí por qué esto es tan importante:** Si obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare en lugar de su *[insert 2015 plan name]* tarjeta de membresía mientras es miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo total.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

#### Sección 3.2 La *Lista de Proveedores:* Su guía a todos los proveedores en la red del plan

*[Note: PFFS plans without a provider network can exclude this section.]*

*[Plans with combined provider and pharmacy directories may combine and edit the provider and pharmacy directory sections (including section titles) to describe the combined document. Plans should renumber sections as needed and revise references to “Provider Directory” to use the actual name of the document throughout the template.]*

El *Directorio de Proveedores* contiene los proveedores de nuestra red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

**Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica con los que hemos firmado contratos para impartir [*insert if applicable:* ciertos] servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Estos proveedores ya han aceptado atender a los miembros de nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección 1.2 para obtener información sobre las reglas para obtener los servicios cubiertos bajo nuestro plan.

[*Full network PFFS plans insert:* Tenemos proveedores de la red para todos los servicios cubiertos por Medicare Original *[indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]*. Usted todavía puede recibir los servicios cubiertos por parte de proveedores fuera-de-la-red (aquellos que no tienen un contrato firmado con nuestro plan), siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan, tal como se describe en el Capítulo 3, Sección 1.2.]

[*Partial network PFFS plans insert*: Tenemos proveedores de la red para *[indicate what category or categories of services for which network providers are available]*. Usted todavía puede recibir los servicios cubiertos por parte de proveedores fuera-de-la-red (aquellos que no tienen un contrato firmado con nuestro plan), siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan, tal como se describe en el Capítulo 3, Sección 1.2. Para los servicios de los cuales los proveedores de la red no están disponibles, usted puede recibir servicios cubiertos de cualquier proveedor que se compromete a aceptar los términos y condiciones de nuestro plan de pago, tal como se describe en el Capítulo 3, Sección 1.2.]

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

Hay varias razones por qué es importante para usted saber si nuestro plan utiliza una red y si es así, qué proveedores forman parte de la red del plan:

* Un proveedor de la red debe otorgarle atención mientras un proveedor fuera-de-la-red tiene el derecho de negarse a atenderlo;
* *[Insert if applicable]* Un proveedor de la red le cobrará menos costo-compartido que un proveedor fuera-de-la-red. *[Partial and full network PFFS plans should describe whether or not the plan has established any higher cost-sharing requirements if the member obtains a covered service from a deemed (out-of-network) provider.]* [*Insert the following sentence if the plan includes such differential cost-sharing:* La cantidad de costo-compartido que paga a un proveedor que no es uno de nuestros proveedores de la red puede ser más que el costo-compartido que paga un proveedor de la red. En la Tabla de Beneficios Médicos del plan en el Capítulo 4 de este folleto, indicamos los servicios para los que la cantidad de costo-compartido se diferencia entre los proveedores de red y proveedores fuera-de-la-red.]
* Nuestro plan pagará por todos los servicios que reciba de un proveedor de red (incluidos los servicios que reciba de un proveedor fuera-de-la-red cuando se le dirige a ver a ese proveedor por el plan o un proveedor de la red). Si por su cuenta, usted decide ver a un proveedor fuera-de-la-red que acepta los términos y condiciones de nuestro plan de pago, usted y el proveedor tiene el derecho de solicitar una decisión de cobertura por escrito de nosotros antes de obtener el servicio con el fin de confirmar que el servicio es médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, será pagado por el plan. [*Insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado.
* En la red de nuestro plan, debemos proporcionar un número y gama de proveedores suficiente para satisfacer sus necesidades.

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

Si usted no tiene su copia del *Directorio de Proveedores,* puede solicitar una copia a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). Puede solicitar más información sobre nuestros proveedores de la red, incluyendo sus calificaciones a Servicios para Miembros. [*Plans may add additional information describing the information available in the provider directory, on the plan’s website, or from Member Services. For example:* También puede consultar el *Directorio de Proveedores*, en *[insert URL]*, o descargarlo de ésta página de Internet. Tanto Servicios para Miembros como la página de Internet pueden darle información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.]

#### Sección 3.3 La *Lista de Farmacias:* Su guía a las farmacias en nuestra red

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

*[Plans with combined provider and pharmacy directories may combine and edit the provider and pharmacy directory sections (including section titles) to describe the combined document. Plans should renumber sections as needed and revise references to the “Pharmacy Directory” to use the actual name of the document throughout the template.]*

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Nuestro *Directorio de Farmacias* le proporciona una lista completa de nuestras farmacias de la red – esto significa que todas las farmacias han acordado surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber sobre las farmacias de la red?

Usted puede utilizar el *Directoro de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. *[Plans may add detail describing additional information included in the pharmacy directory.]* Esto es importante porque, con pocas excepciones, debe surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan cubra (le ayude a pagarlas).

[*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its network:* El *Directorio de Farmacias* también le dirá cuál de las farmacias de nuestra red han preferido costo-compartido, que puede ser menos que el costo-compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red.]

Si no tiene el *Directorio de Farmacias,*  puede solicitar una copia a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio de web *[insert URL]*. *[Plans may add detail describing additional information about network pharmacies available from Member Services or on the website.]*

#### Sección 3.4 La Lista del Plan de los Medicamentos Cubiertos (Formulario)

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

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).* La llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar. La lista indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por *[insert 2015 plan name]*. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de *[insert 2015 plan name]*.

La Lista de Medicamentos le informa si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (*[insert URL]*) o llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

#### Sección 3.5 La *Explicación de Beneficios de Parte D* (la “Parte D EOB”): Reportes con resumen de los pagos realizados para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un reporte resumido para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este reporte resumido se conoce como *Explicación de Benefios de la Parte D* (o la “Parte D EOB”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre, se han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le ofrece más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y cómo puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* también está disponible a petición. Para obtener una copia, comuníquese con Servicos para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

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

### SECCIÓN 4 Su prima mensual de *[insert 2015 plan name]*

#### Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual de plan. [*Select one of the following:* Para 2015, la prima mensual de *[insert 2015 plan name]* es *[insert monthly premium amount];* *OR* La siguiente tabla muestra la cantidad de prima mensual del plan para cada región que servimos; *OR* La siguiente tabla muestra la cantidad de prima mensual del plan para cada plan que ofrecemos en el área de servicio; *OR* El monto de la prima mensual de *[insert 2015 plan name]* aparece en *[describe attachment]*.] Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro partido tercero). *[Plans may insert a list of or table with the state/region and monthly plan premium amount for each area included within the EOC. Plans may also include premium(s) in an attachment to the EOC.]*

[*Plans with no premium should replace the preceding paragraph with:* Usted no paga una prima mensual separada por *[insert 2015 plan name]*. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B de Medicare la pague Medicaid u otro partido tercero).]

[*Insert if applicable:* Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual o antiguo empleador o unión. Por favor, póngase en contacto con el administrador de beneficios del la unión para obtener información acerca de la prima del plan de su empleador.]

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menos

*[MA-only plans and plans with no monthly premium: Omit this subsection.]*

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica; *OR* El programa “Ayuda Adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos.] Capítulo 2, Sección 7 le informa más sobre [*insert as applicable:* estos programas *OR* este programa]. Si califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas de esta *Evidencia de Cobertura* [***insert as applicable****:* puede no aplicarse** *OR* **no se aplican] a usted**. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider]*Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *OR* le hemos enviado] un documento llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Medicamentos Recetados”, (también conocida como la “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”) que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, por favor llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. (Números de teléfono de Servicio para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

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

*[MA-only plans that do not offer optional supplemental benefits, may delete this section.]*

[*MA-only plans that offer optional supplemental benefits replace the text below with the following:* En algunas situaciones, su prima del plan podría ser mayor a la cantidad que se dio antes en la Sección 4.1. Si usted se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, usted paga una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Si usted tiene alguna pregunta acerca de las primas de su plan, por favor llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). *[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section.]*]

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser mayor a la cantidad que se dio antes en la Sección 4.1. [*Insert as appropriate:* Estas situaciones se describen *OR* Está situación se describe] a continuación.

* [*Insert if applicable:* Si usted se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, usted paga una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Si usted tiene alguna pregunta acerca de las primas de su plan, por favor llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). *[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section.]*]
  + *[MA-only plans omit]* Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más cuando no tenían cobertura “válida” de medicamentos recetados. (“Válida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.) Para estos miembros, la multa por inscripción tardía se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual del plan más el monto de su multa por inscripción tardía.
  + Si usted está obligado a pagar la multa por inscripción tardía, el monto de la multa dependerá de cuánto tiempo esperó antes de inscribirse en la cobertura de medicamentos o cuántos meses estuvo sin cobertura de medicamentos después de ser elegible. Capítulo 6, Sección 10 explica la multa por inscripción tardía.
  + Si tiene una multa por inscripción tardía y no la paga, podría ser dado de baja del plan.

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may describe the benefit within this section.]*

[*Plans with no monthly premium, omit:* Además de pagar la prima mensual del plan,] muchos afiliados tienen que pagar otras primas de Medicare. Como se explico en la Sección 2 de arriba, para poder ser elegibles para nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en Medicare parte B. Por esa razón, algunos miembros del plan (los que no son elegibles para la Parte A sin-prima) pagan una prima de Medicare Parte A y la mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.**

*[MA-only plans omit]* Algunas personas pagan una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales; esto se conoce como el Ajuste Mensual Relacionado A Los Ingresos Anuales, también conocido como IRMAA. Si su ingreso es de $*[insert amount]* o más para una persona (o personas casadas que declaran por separado) o $*[insert amount]* o más para parejas casadas, **debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no el plan de Medicare)** para su cobertura de medicare parte D.

* **Si usted está obligado a pagar la cantidad extra y usted no paga, usted será dado de baja del plan y pierde la cobertura de medicamentos recetados.**
* Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional.
* Para obtener más información sobre las primas de la Parte D basadas en los ingresos, consulte el Capítulo 6, Sección 11 de este folleto. También puede visitar http://www.medicare.gov en el Internet o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O usted puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare & Usted 2015* proporciona información sobre las primas de Medicare en la sección llamada “Costos de Medicare para 2015”. Esto explica como la Parte B de Medicare [*MA-PD plans insert:* y la Parte D se diferencian en primas] [*MA-only plans insert:* se diferencia en primas] para personas con distintos ingreso. Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare & Usted* cada año en el otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro del mes siguiente a su inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare & Usted 2015* del sitio de Internet de Medicare (http://www.medicare.gov). O, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 4.2 Existen varias maneras de pagar su prima del plan

*[MA-only plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly premium: Delete this section.]*

*[MA-PD plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly premium: Rename this section, “If you pay a Part D late enrollment penalty, there are several ways you can pay your penalty,” and use the alternative text as instructed below.]*

Existen *[insert number of payment options]* maneras para pagar su prima del plan. *[Plans must indicate how the member can inform the plan of their premium payment option choice and the procedure for changing that choice.]*

Si decide cambiar la forma en que paga su prima, puede tomar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo.

[*MA-PD plans without a monthly premium: Replace the preceding two paragraphs with the following:* Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen *[insert number of payment options]* formas en las que puede pagar la penalidad. *[Plans must indicate how the member can inform the plan of their premium payment option choice and the procedure for changing that choice.]*

[Si decide cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía, puede tomar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción se pague a tiempo.]

Opción 1: Puede pagar con cheque

*[Insert plan specifics regarding premium/penalty payment intervals (e.g., monthly, quarterly- please note that beneficiaries must have the option to pay their premiums monthly), how they can pay by check, including an address, whether they can drop off a check in person, and by what day the check must be received (e.g., the 5th of each month). It should be emphasized that checks should be made payable to the plan and not CMS nor HHS. If the plan uses coupon books, explain when they will receive it and to call Member Services for a new one if they run out or lose it. In addition, include information if you charge for bounced checks.]*

Opción 2: *[Insert option type]*

*[If applicable: Insert information about other payment options. Or delete this section.*

*Include information about all relevant choices (e.g., automatically withdrawn from your checking or savings account, charged directly to your credit or debit card, or billed each month directly by the plan). Insert information on the frequency of automatic deductions (e.g., monthly, quarterly – please note that beneficiaries must have the option to pay their premiums monthly), the approximate day of the month the deduction will be made, and how this can be set up. Please note that furnishing discounts for enrollees who use direct payment electronic payment methods is prohibited.]*

Opción *[insert number]*: Usted puede tener [*plans with a premium insert:* la prima del plan] [*plans without a premium insert:* la multa de inscripción tardía] descontada de su cheque mensual del Seguro Social.

Usted pede tener [*plans with a premium insert:* la prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa de inscripción tardía] descontada de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para Miembros para más información sobre como pagar su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [p*lans without a premium insert:* multa] de está manera. Estaremos encantados de ayudarle a establecer está opción. (Los números de teléfono de Servicio para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si usted está teniendo dificultades para pagar su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía]

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

Su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] debe ser recibida en nuestra oficina antes del *[insert day of the month]*. Si no hemos recibido su pago para su [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa] antes del *[insert day of the month]*, le enviaremos una notificación que la membresíaa de su plan terminará si no recibimos su [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] dentro de [*insert length of plan grace period*]. Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardiía, debe pagar la multa para matener su cobertura de medicamentos recetados.

Si usted está teniendo problemas para pgar su [*plans with a premium insert:* premia] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] a tiempo, por favor comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos dirigirlo a programas que le ayudarán con su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa]. (Los números de teléfonos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

[*MA-PD plans insert:* Si tenemos que cancelar su membresía en el plan debido a que no pagó su [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía], y actualmente no tienen cobertura de medicamentos recetados, entonces es posible que no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción anual, puede unirse a un plan de medicamentos recetados independiente o a un plan de salud que también tenga cobertura de medicamentos. (Si permanece sin cobertura de medicamentos “válida” por más de 63 días, es posible que usted tenga que pagar una multa por inscripción tardía durante el tiempo que usted tenga cobertura de Parte D.)]

Si finalizamos su membresía porque no pagó su [*plans with a premium insert:* premia del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía], tendrá cobertura de salud bajo Medicare Original.

[*Insert if applicable:* Al momento en que finalizamos su membresía, es posible que nos deba la [*plans with a premium insert:* premia] [*plans without a premium insert:* la multa] que no haya pagado. *[Insert one or both statements as applicable for the plan:* Tenemos derecho a demandar el pago de [*plans with a premium insert:* la premia] [*plans without a premium insert:* del monto de la multa] que debe. *AND/OR* En un futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar la cantidad que debe antes de poder inscribirse.]

Si usted considera que hemos cancelado su membresía injustamente, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una queja. [*Insert as applicable:* Capítulo 9 *OR* Capítulo 7], [*insert as applicable:* Sección 10 *OR* Sección 7] de este folleto le indica cómo presentar una queja. Si usted tuviera una circunstancia de emergencia que estaba fuera de su control y que causó que no será capaz de pagar las primas dentro de nuestro período de gracia, puede pedirle a Medicare que reconsidere esta decisión llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar 1-877-486-2048.

#### Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

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

*[MA-only plans: Delete this paragraph]* Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted es elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos recetados, el programa de “Ayuda Adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Así que un miembro que es elegible para la “Ayuda Adicional” durante el año comenzaría a pagar menos hacia su prima mensual. Y un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Usted puede encontrar más información acerca de “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

[*MA-PD plans with no premium replace paragraph above with the following:* Sin embargo, en algunos casos, es posible que tenga que empezar a pagar o puede ser capaz de dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si usted tuvo un período continuo de 63 días o más en lo que los que no tuvo cobertura “válida” de medicamentos recetados). Esto podría suceder si usted es elegible para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año:

* Si actualmente paga la multa por inscripción tardía y es elegible para la “Ayuda Adicional” durante el año, usted podría dejar de pagar su multa.
* Si el programa “Ayuda Adicional” actualmente paga su multa por inscripción tardía y usted pierde su elegibilidad durante el año, usted tendría que comenzar a pagar su multa.

Usted puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.]

### SECCIÓN 5 Por favor, mantenga actualizados sus datos como miembro

#### Sección 5.1 Cómo ayudarnos a tener la información correcta acerca de usted

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

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura especifica del plan [*insert as appropriate:* incluyendo su Médico de Atención Primaria / Grupo Médico/ IPA].

Los médicos, hospitales, [*insert if applicable:* farmacéuticos,] y otros proveedores en la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber que servicios** [*insert if applicable:* **y medicamentos**] **están cubiertos y los montos de su costo-compartido.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

[*Non-network PFFS delete paragraph above and replace with:* Utilizamos la información en su registro de membresía para proveerle su cobertura y para coordinar sus beneficios con cualquier otro seguro que tenga. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Déjenos saber acerca de estos cambios:

* Cambios en su nombre, su dirección, o su número de teléfono
* Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación de trabajadores o Medicaid)
* Si tiene alguna reclamación de responsabilidad civil, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
* Si ha sido admitido en un asilo de ancianos
* Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencia fuera-de-área [*insert if applicable:* o fuera-de-la-red]
* Si su partido designado responsable (como un cuidador) cambia
* Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si alguna de esta información cambia, por favor háganoslo saber llamando a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). *[Plans that allow members to update this information on-line may describe that option here.]*

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Puede encontrar números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

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

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* Medicare exige que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. (Para obtener más información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo.)

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico [*insert if applicable:* y de medicamentos] de las que tengamos conocimiento. Por favor, lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, usted no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, por favor llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

### SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal

#### Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal. Protegemos su información personal de salud como lo exigen esta leyes.

Para obtener más información acerca de cómo protegemos su información personal de salud, por favor vaya al [*insert as applicable:* Capítulo 8 *OR* Capítulo 6], Sección 1.4 de este folleto.

### SECCIÓN 7 Cómo otros seguros se coordinan con su plan

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

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal de su empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se le conoce como “pagador primario” y paga hasta el limite de su cobertura. El que paga segundo, llamado el “pagador secundario”, solo paga si queda algún costo pendiente que el pagador primero haya dejado. El pagador secundario pueda no pagar todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican para la cobertura de empleador o plan de salud de grupo sindical:

* Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
* Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su emplea actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, discapacidad, o en la Etapa Terminal de la Enfermedad Renal (ESRD):
  + Si tiene menos de 65 años y está incapacitado y usted o un miembro de su familia está trabajando, su plan paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
  + Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún están trabajando, su plan paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
* Si usted tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

* Seguro sin-culpa (incluyendo el seguro de automóvil)
* Responsabilidad (incluyendo el seguro de automóvil)
* Beneficios de pulmón negro
* Compensación de los Trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Sólo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupal y/o Medigap hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre otro seguro, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

## Capítulo 2. Números de teléfono y datos importantes

SECCIÓN 1 *[Insert 2015 plan name]* contactos (Cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan) 23

SECCIÓN 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información del programa federal de Medicare) 30

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (ayuda e información gratuitas, y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare) 33

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para monitorear la calidad de la atención para las personas con Medicare) 34

SECCIÓN 5 Seguro Social 35

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados, a pagar por los costos médicos) 36

SECCÍON 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados 37

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 42

SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro médico a través de un empleador? 42

### SECCIÓN 1 *[Insert 2015 plan name]* contactos (Cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan

Para asistencia con reclamaciones, facturación, o preguntas sobre la tarjeta de membresía, por favor llame o escriba a *[insert 2015 plan name]* Servicio para Miembros. Estaremos encantados de ayudarle.

| Método | Servicios para Miembros – Información de Contactos |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Servicios para Miembros también ofrece servicios de intéprete gratis disponibles para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  *[Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tiene dificultades auditivas o del habla.*]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]*  *[Note: plans may add email addresses here.]* |
| **PÁGNA WEB** | *[Insert URL]* |

*[Note: If your plan uses the same contact information for the Part C and Part D issues indicated below, you may combine the appropriate sections and revise the section titles and paragraphs as needed.]*

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su cuidado médico

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

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

| Método | Decisiones de Cobertura Para Atención Médica – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [Note: You may also include reference to 24-hour lines here.] [Note: If you have a different number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [Note: If you have a different TTY number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [Note: If you have a different fax number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* *[Note: If you have a different address for accepting expedited organization determinations, also include that address here.]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Optional: Insert URL]* |

Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación sobre su cuidado médico

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

| Método | Apelaciones Para Atención Médica – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [Note: You may also include reference to 24-hour lines here.] [Note: If you have a different number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **TTY** | [*Insert number*]  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [Note: If you have a different TTY number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [Note: If you have a different fax number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* *[Note: If you have a different address for accepting expedited appeals, also include that address here.]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Optional: Insert URL]* |

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas. (Si su problema es sobre la cobertura o pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación.) Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su antención médica, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

| Metódo | Quejas sobre el cuidado médico- Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* *[Note: You may also include reference to 24-hour lines here.] [Note: If you have a different number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [Note: If you have a different TTY number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [Note: If you have a different fax number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* *[Note: If you have a different address for accepting expedited grievances, also include that address here.]* |
| **PÁGINA WEB DE MEDICARE** | Usted puede presentar una queja acerca de *[insert 2015 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

| Método | Decisiones de Cobertura de Medicamentos Recetados de Parte D – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [Note: You may also include reference to 24-hour lines here.] [Note: If you have different numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [Note: If you have different TTY numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **FAX** | *[Insert fax number] [Note: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* *[Note: If you have different addresses for accepting standard and expedited coverage determinations, include both addresses here.]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Insert URL]* |

Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentado una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Una apelación es una manera frmal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

| Método | Apelaciones para Medicamentos Recetados de Parte D – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [Note: You may also include reference to 24-hour lines here.] [Note: You are required to accept expedited appeal requests by phone, and may choose to accept standard appeal requests by phone. If you choose to accept standard appeal requests by phone and you have different numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [Note: You are required to accept expedited appeal requests by phone, and may choose to accept standard appeal requests by phone. If you choose to accept standard appeal requests by phone and you have different TTY numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **FAX** | *[Insert fax number] [Note: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* *[Note: If you have different addresses for accepting standard and expedited appeals, include both addresses here.]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Insert URL]* |

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos recetados de Parte D

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

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, incluyendo una queja de la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye conflictos con pago o coberturas. (Si su problema es sobre la cobertura o pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de Parte D, consulte Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

| Método | Quejas sobre medicamentos recetados de Parte D – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [Note: You may also include reference to 24-hour lines here.] [Note: If you have different numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [Note: If you have different TTY numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [Note: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* *[Note: If you have different addresses for accepting standard and expedited grievances, include both addresses here.]* |
| **PÁGINA DE INTERNET DE MEDICARE** | Usted puede presentar una queja acerca de *[insert 2015 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica [*insert if applicable:* o medicamentos] que ha recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que puede necesitar solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor, consulte [*insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido* *por servicios médicos cubiertos* [*insert if applicable: o medicamentos*]).

**Por favor tena en cuenta:** Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* para más información.

*[Plans with different addresses and/or numbers for Part C and Part D claims may modify the table below or add a second table as needed.]*

| Método | Solicitudes de pago – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Optional: Insert phone number and days and hours of operation] [Note: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  Llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. |
| **TTY** | *[Optional: Insert number] [Note: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* |
| **FAX** | *[Optional: Insert fax number]* *[Note: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by fax.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Insert URL]* |

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

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con Enfermedades Renal en Etapa Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un transplante de riñon).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamado “CMS”). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare De Ventaja, incluyéndonos a nosotros.

| Método | Medicare – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | 1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227  Las llamadas a este número son gratuitas.  24 horas al día, 7 días a la semana. |
| **TTY** | 1-877-486-2048  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. |
| **PÁGINA WEB** | http://www.medicare.gov  Esta es la página de Internet oficial del gobierno para Medicare. Le da hasta a información actualizada sobre Medicare y temas actuales de medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.  La página de internet de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas:   * **Herramienta de Elegibilidad de Medicare:** Proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare. * **Buscador de Planes de Medicare:** Porpociona personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare, y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una *estimación* de sus costos directos de su bolsillo en los diferente planes de Medicare.   También puede utilizar la página de Internet de Medicare para decirle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre *[insert 2015 plan name]*:   * **Dígale a Medicare sobre su queja:** Usted puede presentar una queja acerca de *[insert 2015 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará está información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.   Si usted no tiene computadora, su biblioteca local o el centro de la tercera edad pueden ayudarle a visitar esta página de Internet usando sus computadoras. O, puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en la página de Internet, la imprimirán y se la enviarán. (Usted puede llamar a Medicar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) |

### SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (ayuda e información gratuitas, y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)

[*Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs in this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program” or “SHIP”), and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list information for all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below.*]

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. *[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SHIP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* Aquí está una lista de los Programas Estatales de Asistencia de Seguros de Salud de cada estado a las que servimos:] *[Multiple-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state]*, el SHIP es llamado *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría local gratis a las personas que tienen Medicare.

*[Insert state-specific SHIP name]* consejeros pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Ellos puede ayudarle a entender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su cuidado o tratamiento médico y ayudarle a resolver los problemas con sus facturas de Medicare. *[Insert state-specific SHIP name]* consejeros también pueden ayudar a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

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

### SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para monitorear la calidad de la atención para las personas con Medicare)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (“Quality Improvement Organization”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all QIOs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the QIOs in all states, or in all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below.]*

Hay una Organización de Mejoramiento de Calidad en cada estado. *[Multi-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find QIO information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* Aquí está una lista de las Organizaciones de Mejoramiento de Calidad en cada estado que servimos:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* Para *[insert state]*, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama *[insert state-specific QIO name]*.

*[Insert state-specific QIO name]* cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Esta organización es pagada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. *[Insert state-specific QIO name]* es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debe contactar a *[insert state-specific QIO name]* en cualquiera de estas situaciones:

* Usted tiene una queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido.
* Piensa que la cobertura de su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto.
* Piensa que la cobertura de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación para pacientes Ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

| Método | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s Organización de Mejoramiento de Calidad)]– Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the QIO uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción de Medicare. Los ciudadanos estadounidenses de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si usted no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar Medicare puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

*[MA-only plans omit]* El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de Parte D debido a que tienen una renta más alta. Si recibió una carta del Seguro Social que le dice que usted tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos se redujeron debido a un evento que cambia la vida, usted puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si usted se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se comunique con el Seguro Social para hacerles saber.

| Método | Seguro Social – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **CALL** | 1-800-772-1213  Las llamadas a este número son gratis.  Disponible de 7:00 am to 7:00 pm, de lunes a viernes.  Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día. |
| **TTY** | 1-800-325-0778  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número son gratis.  Disponible de 7:00 am to 7:00 pm, de lunes a viernes. |
| **PÁGINA WEB** | http://www.ssa.gov |

### SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados, a pagar por los costos médicos)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of agency names, phone numbers, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list Medicaid information in all states or in all states in which the plan is filed and should make reference to that exhibit below.]*

*[Plans may adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Medicaid program in the plan’s state or states.]*

Medicaid es un programa gubernamental federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

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

* **Beneficios Calificados de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos-compartidos (como deducibles, coseguros, y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
* **Beneficiario Especificado de Medicare con Ingresos Bajos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
* **Individuo Calificado (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
* **Trabajador Incapacitado Aprobado (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programams, comuníquese con *[insert state-specific Medicaid agency]*.

| Método | *[Insert state-specific Medicaid agency]* [*If the agency’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s Medicaid program)]– Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCÍON 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

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

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para pagar los costos de medicamentos recetados para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si usted califica, recibirá ayuda para pagar cualquier prima del plan de medicamentos de Medicare mensual, el deducible anual y los copagos por recetas. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta para sus gastos directos de su bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional”. Algunas personas califican automáticamente para la “Ayuda Adicional” y no necesitan aplicar. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para la “Ayuda Adicional”.

Es posible que usted pueda obtener “Ayuda Adicional” para pagar sus primas y costos de medicamentos recetados. Para saber si usted califica para recibir “Ayuda Adicional”, llame al:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana;
* La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 am to 7 pm, lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
* La Oficina de Medicaid de Su Estado (aplicaciones). (Consulte Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto.)

Si usted cree que ha calificado de “Ayuda Adicional” y cree que está pagando una cantidad de costo-compartido incorrecto al surtir su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto o, si ya tiene la evidencia, proporcionarnos esta evidencia.

* *[Note: Insert plan’s process for allowing beneficiaries to request assistance with obtaining best available evidence, and for providing this evidence.]*
* Cuando recibamos la evidencia que muestra un nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando obtenga la próxima receta médica en la farmacia. Si paga en exceso su copago, le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su pago en exceso o le compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y pasa el copago como una deuda suya, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Por favor, póngase en contacto con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números telefónicos están en la contraportada de este folleto).

[*Plans in U.S. Territories, replace the Extra Help section with the following language if the EOC is used for plans only in the U.S. Territories. Add the following language to the Extra Help section if the EOC is used for plans in the U.S Territories and mainland regions:* Existen programas en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en estás áreas. Llame a su oficina de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar sobre sus reglamentos (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, 7 días a la semana y diga “Medicaid” para más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar http://www.medicare.gov para más información.]

Programa de Medicare de Descuento para la Brecha de Cobertura

[*Insert if the plan offers additional coverage in the gap:* El Programa de Descuento para la Brecha de Cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Debido a que *[insert 2015 plan name]* ofrece cobertura adicional durante la Etapa de Brecha de Cobertura, los costos directos de su bolsillo en ocasiones serán menores a los costo que aquí se describen. Por favor, consulte el Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de Brecha de Cobertura.]

[*Insert if the plan does not have a coverage gap:* El Programa de Descuento de Medicare de Brecha de Cobertura está disponible en todo el país. Debido a que he Medicare *[insert 2015 plan name]* no tiene brecha de cobertura, los descuentos que se describen aquí no se aplican a usted.

En su lugar, el plan continúa cubriendo sus medicamentos en cantidad regular de costo-compartido hasta que califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica. Por favor, consulte el Capítulo 6, Sección 5 para más información sobre su cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial

El Programa de Descuento de Medicare de Brecha de Cobertura ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la brecha de cobertura y no están recibiendo “Ayuda Adicional”. Un descuento de 50% sobre el precio negociado (sin incluir la tarifa de suministro y administración de vacuna, si lo hay) está disponible para aquellos medicamentos de marca de fabricantes que hayan acordado pagar el descuento. El plan paga un adicional 5% y usted paga el 45% restante por sus medicamentos de marca.

Si llega a la brecha de cobertura, automáticamente aplicaremos el descuento cuando la farmacia le cobre por su receta y su Explicación de Beneficios de la Parte D (Parte D EOB) mostrará cualquier descuento proporcionado. La cantidad que usted paga y el monto descontado por el fabricante cuentan para sus gastos directos de su bolsillo como si hubiera pagado esa cantidad y lo ayuda a pasar por la brecha de cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no cuenta para los gastos directos de su bolsillo.

Además, recibe cobertura de medicamentos genéricos. Si llega a la brecha de cobertura, el plan paga el 35% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 65% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (35%) no cuenta para los gastos directos de su bolsillo. Sólo el monto que usted paga cuenta y lo mueve a través de la brecha de cobertura. Además, la tarifa de suministro está incluida como parte del costo del medicamento.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuento de Medicare de Brecha de Cobertura en general, póngase en contacto con Servicios para Miembros (los Números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

**¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?**

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

Si usted está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que proporciona cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sean de “Ayuda Adicional”), sigue recibiendo el descuento del 50% en medicamentos de marcas cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en la brecha de cobertura. El descuento del 50% y el 5% que paga el plan se aplica al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

**¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?  
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos Para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas ADAP-elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la prescripción de asistencia de costo-compartido *[insert State-specific ADAP information]*. Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, de bajos ingresos según lo definido por el estado, y en estatus de no asegurados/con seguro insuficiente.

Si usted está inscrito en un ADAP, le puede continuar a ofrecer la asistencia con el costo-compartido de la Parte D de Medicare de medicamentos recetados para los medicamentos incluidos en el formulario de ADAP. Con el fin de asegurarse de continuar recibiendo está ayuda, por favor notifique a su trabajador local de inscripciones de ADAP de cualquier cambio en su nombre de plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza. *[Insert State-specific ADAP contact information.]*

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame a *[insert State-specific ADAP contact information].*

**¿Qué pasa si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?**

No. Si recibe “Ayuda Adicional”, ya recibe cobertura para los costos de medicamentos recetados durante el período de breca de cobertura.

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

Si usted cree que ha llegado al período de brecha de cobertura y no recibió un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar el próximo aviso de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (Parte D EOB). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D* , debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas médicas están correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo que le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación por parte del Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP) (los números telefónicos están en la Sección 3 de este Capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

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

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of SPAP names, phone numbers, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the SPAPs in all states or in all states in which the plan is filed and should make reference to that exhibit below.]*

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados según la necesidad económica, edad o condición médica. Cada estado tiene reglas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

Estos programas proporcionan ayuda financiera para medicamentos recetados para las personas mayores con ingresos limitados y necesidades médicas. *[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SPAP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* Aquí está una lista de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica de cada estado que servimos:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state name]*, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es *[insert state-specific SPAP name]*.

| Método | *[Insert state-specific SPAP name]* [*If the SPAP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica)] – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SPAP uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si usted tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que se les deje saber si se muda o cambia su dirección de correo.

| Método | Junta de Retiro Ferroviario – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | 1-877-772-5772  Las llamadas a este número so gratuitas.  Disponible 9:00 am a 3:30 pm, de lunes a viernes  Si usted tiene un teléfono de marcación por tonos, información grabada y servicios automatizados están disponibles las 24 horas del día, incluyendo fines de semana y días festivos. |
| **TTY** | 1-312-751-4701  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número *no son* gratuitas. |
| **PÁGINA DE INTERNET** | http://www.rrb.gov |

### SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro médico a través de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o beneficios de salud para jubilados, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre sus (o su cónyuge) beneficios de salud para jubilaos, premias, o el período de inscripción. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

*[Plans without Part D coverage delete this paragraph]* Si usted tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su (o su cónyuge) empleador o grupo de jubilados, por favor comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

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

SECCIÓN 1 Lo que usted debe que debe saber acerca de cómo obtener cuidado médico cubierto como miembro de nuestro plan 46

Sección 1.1 ¿Cuáles *son los* [*for partial or full network PFFS insert:* “proveedores de la red” y] “servicios cubiertos”? 46

Sección 1.2 Reglas básicas para que su cuidado médico esté cubierto por el plan 46

SECCIÓN 2 Cómo utilizar los proveedores dentro y fuera de la red para obtener sus cuidados médicos 50

Sección 2.1 Cómo obtener cuidado médico de los proveedores de la red 50

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención médica 51

Sección 3.1 Cómo obtener cuidado si tiene una emergencia médica 51

Sección 3.2 Obteniendo atención en caso de una necesidad urgente de atención médica 52

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos? 53

Sección 4.1 Usted puede solicitar que paguemos nuestra porción de los costos de los servicios cubiertos 53

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total 53

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”? 54

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 54

Sección 5.2 ¿Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, quién paga por los diferentes servicios? 55

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidados cubiertos de una “institución no-médica religiosa” 56

Sección 6.1 ¿Qué es una institución no-médica religiosa? 56

Seccíon 6.2 ¿Qué cuidados de una institución no-médica religiosa están cubiertos por nuestro plan? 56

SECCIÓN 7 Reglas para quedarse con el equipo médico duradero 57

Sección 7.1 ¿Podrá usted quedarse con el equipo médico duradero después de haber hecho cierto número de pagos bajo nuestro plan? 57

### SECCIÓN 1 Lo que usted debe que debe saber acerca de cómo obtener cuidado médico cubierto como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica las cosas que usted debe saber sobre el uso de nuestro plan para obtener cuidado médico cubierto. Contiene definiciones de términos y explica las reglas que usted debe seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, y otros cuidados médicos que estén cubiertos por el plan.

Para detalles sobre qué cuidado médico está cubierto por nuestro plan y cuanto usted paga por su parte del costo al obtener este cuidado, utilice la tabla de beneficios que aparece en el próximo capítulo, el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted* paga).

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

Aquí tiene algunas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo es que usted recibe el cuidado y los servicios que lo cubren como miembro de nuestro plan:

* **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y cuidado médico. El término “proveedores” también incluye hospitales y otras instalaciones para el cuidado de la salud.
* [*Partial or full network PFFS plans insert:* **“Proveedores de la red”** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones para el cuidado de la salud que han firmado un contrato con nosotros para ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Estos proveedores ya han aceptado atender a los miembros de nuestro plan. Sección 1.2 describe las reglas para obtener los servicios cubiertos utilizando nuestros proveedores de la red.]
* “**Servicios cubiertos**” incluyen todo el cuidado médico, servicios de cuidado de salud, y los materiales y equipo que estén cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para el cuidado médico se encuentra en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

#### Sección 1.2 Reglas básicas para que su cuidado médico esté cubierto por el plan

Como plan de salud de Medicare, *[insert 2015 plan name]* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

*[Insert 2015 plan name]* por lo general cubrirá su atencieon médica siempre y cuando:

* **La antención que reciba esté incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto).
* **El cuidado que recibe se considera médicamente necesario.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico, o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
* **Usted recibe su atención de un proveedor en los Estados Unidos que (1) se compromete a aceptar los términos y condiciones de pago de nuestro plan antes de que lo atienda y (2) es elegible para proporcionar servicios conforme a Medicare Original** [*Insert if applicable:* o elegibles para ser pagados por *[insert 2015 plan name]* para los beneficios que no están cubiertos por Medicare Original ].
  + [*For non-network PFFS plans:* Un Plan Privado de Medicare De Ventaja de Pago-por-Servicio funciona de manera diferente que un plan (Medigap) suplementario de Medicare. Su proveedor no está obligado a aceptar los términos y condiciones de pago del plan, y por lo tanto puede decidir no atenderlo, con la excepción de casos de emergencia. Si su proveedor no acepta nuestros términos y condiciones de pago, pueden optar por no proporcionarle servicios de atención médica a usted, excepto en emergencias. Si esto le sucede, usted tendrá que encontrar otro proveedor que acepte nuestros términos y condiciones de pago. Los proveedores pueden encontrar los términos y condiciones de pago en nuestra página de Internet: *[insert link to PFFS terms and conditions of payment.]*]
  + [*For full and partial network PFFS plans:* Un Plan Privado de Medicare De Ventaja de Pago-por-Servicio funciona de manera diferente que un plan (Medigap) suplementario de Medicare. Tenemos proveedores de la red (es decir, proveedores que han firmado un contrato con nuestro plan) [*full network PFFS plan insert:* todos los servicios cubiertos por Medicare Original] *[partial network PFFS plans should indicate the category or categories of services for which network providers are available]*. Estos proveedores ya han aceptado atender a los miembros de nuestro plan. Si su proveedor no es uno de nuestros proveedores de la red, entonces no se requiere que el proveedor acepte los términos y condiciones de pago del plan y puede optar por no proporcionarle servicios de atención médica a usted, excepto en emergencias. Si esto sucede, usted tendrá que encontrar otro proveedor que acepte nuestros términos y condiciones de pago. Los proveedores pueden encontrar los términos y condiciones de pago en nuestra página de Internet: *[insert link to PFFS terms and conditions of payment]*.]
  + Un proveedor se considera que ha aceptado los términos y condiciones de pago si el proveedor era consciente de que usted es un miembro de *[insert 2015 plan name]* antes de proporcionarle servicios a usted, (por ejemplo: si le mostró su tarjeta de miembro del plan); el proveedor tenía acceso razonable a nuestros teerminos y condiciones de pago; y el proveedor proporcionó servicios médicos cubiertos. El proveedor no tiene que leer realmente los términos y condiciones de pago - Si el proveedor tuvo la oportunidad de leerlos y lo atiende, la ley considera que este proveedor ha acordado aceptar los términos y condiciones de nuestro plan de pago para esa visita específica.
    - Usted debe presentar su tarjeta de membresía del plan cada vez que usted visita a un proveedor. Los proveedores pueden decidir en cada visita si acepta los términos y condiciones de nuestro plan, y entonces proporcionan atención. Los proveedores no pueden cambiar su mente sobre la aceptación de los términos y condiciones de pago después de proporcionar servicios.
    - No todos los proveedores aceptan los términos y condiciones de pago de nuestro plan o aceptan proporcionarle atención. Un proveedor que decide no aceptar los términos y condiciones de nuestro plan de pago no debe proporcionar servicios a usted, excepto en emergencias. Puede ponerse en contacto con nosotros al *[insert contact information that includes at least a phone number]* para asistencia en localizar otro proveedor en su área que acepte los términos y condiciones de pago de nuestro plan.
  + Si necesita atención de emergencia, está cubierto si un proveedor se compromete a aceptar los términos de pago del plan o no.
  + [*Partial and full network PFFS plans insert:* Nuestro plan ha firmado contratos con algunos proveedores para brindarle los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Estos proveedores son nuestros proveedores de la red. *[Indicate how members can get the list of network providers.]*]

[*Full network PFFS plans insert*: Tenemos proveedores de la red para todos los servicios cubiertos por Medicare Original *[indicate if network providers are available for any non-Medicare covered services]*. Usted todavía puede recibir los servicios cubiertos por parte de proveedores fuera-de-la-red (aquellos que no tienen un contrato firmado con nuestro pla), siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de nuestro plan, como se ha descrito anteriormente en esta sección.]

[*Partial network PFFS plans insert*: Tenemos proveedores de la red para *[indicate what category or categories of services for which network providers are available]*. Usted todavía puede recibir los servicios cubiertos por parte de proveedores de fuera-de-la-red (aquellos que no tienen un contrato firmado con nuestro plan), siempre que esos proveedores acepten los términos y condiciones de pago de nuestro plan, como se ha descrito anteriormente en esta sección. Para los servicios para los cuales los proveedores de la red no están disponibles, usted puede recibir servicios cubiertos de cualquier proveedores que se compromete a aceptar los términos y condiciones de nuestro plan de pago, tal como se describe anteriormente en esta sección.]

*[Partial and full network PFFS plans should describe whether or not the plan has established any higher cost-sharing requirements if the member obtains a covered service from a deemed (out-of-network) provider.]* [*Insert the following sentence if the plan includes such differential cost-sharing:* La cantidad de costo-compartido que paga a un proveedor que no es uno de nuestros proveedores de la red puede ser más que el costo-compartido que paga a un proveedor de la red. En la Tabla de Beneficios Médicos del plan en el Capítulo 4 de este folleto, indicamos la diferencia en el costo-compartido de los servicios entre los proveedores fuera-de-la-red y los proveedores de la red.]

* **Usted está obligado a pagar sólo el copago o coseguro permitido por el plan en el momento de la visita. Usted debe pedirle al proveedor que le cobre al plan por los servicios cubiertos. Si un proveedor le pide que pague el monto total de los servicios, entonces, envíenos la factura o una copia de la factura para reembolsarle el dinero. Recuérdele al proveedor que usted es responsable sólo por el monto de costo-compartido. Si el proveedor desea obtener más información sobre el pago por los servicios cubiertos, por favor haga que el proveedor se comunique con nosotros al** *[Note: insert instructions that include a phone number and mailing address]*.
* [*Full and partial network PFFS plans insert:* Nuestro plan pagará por todos los servicios que reciba de un proveedor de red (incluyendo los servicios que reciba de un proveedor fura-de-la-red cuando se le dirige a ver a ese proveedor por el plan o un proveedor de la red). Si por su cuenta, usted decide ver a un proveedor fuera-de-la-red que acepta los términos y condiciones de nuestro plan de pago, usted y el proveedor tienen el derecho de solicitar una decisión de cobertura por escrito de nosotros antes de obtenr el servicio con el fin de confirmar que el servicio es médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, será pagado por nuestro plan.[*Insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado].
* [*Non-network PFFS plans insert:* Si usted recibe un servicio de un proveedor que acepte los términos y condiciones de nuestro plan de pago, usted y el proveedor tienen derecho de solicitar una decisión de cobertura por escrito de nosotros antes de obtener el servicio con el fin de confirmar que el servicio es médicamente necesario y un servicio cubrido, y por lo tanto, será pagado por nuestro plan.[*Insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado].
* *[Insert 2015 plan name]* no requiere que los miembros o sus proveedores obtengan una autorización previa o una remisión del plan como condición para cubrir los servicios médicamente necesarios que están cubiertos por nuestro plan. Bajo la autorización previa, un plan requiere que los miembros o los proveedores busquen la autorización del plan antes de obtener los servicios. No existe tal requisito para nuestros miembros. Si usted tiene alguan pregunta sobre si pagaremos por un servicio médico o cuaidado que esté considerando, tien derecho a preguntarnos si lo cubrimos antes de obtenerlo.

### SECCIÓN 2 Cómo utilizar los proveedores dentro y fuera de la red para obtener sus cuidados médicos

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

#### Sección 2.1 Cómo obtener cuidado médico de los proveedores de la red

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

¿Qué pasa si un proveedor de la red abandona nuestro plan?

Es importante que usted sepa que es posible realizar cambios en los hospitales, los médicos, y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay una serie de razones por las que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista deja su 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 facilitemos el acceso ininterrumpido a los médicos y especialista capacitados.
* Cuando sea posible se le proporcionará con una atelación mínima de 30 días de que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar proveedor nuevo.
* Le ayudaremos a seleccionar un proveedor capacitado nuevo para continuar la gestión de sus necesidades de atención médica.
* Si se está sometiendo a un tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar y nosotros vamos a trabajar con usted para asegurar, que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido.
* Si usted cree que no le hemos proporcionado con un proveedor capacitado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está seindo manejada apropiadamente usted tiene el derecho a presentar una paelación de nuestra decisión.
* Si usted descubre que su médico o especialista está dejando su plan, por favor comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle con su administración de cuidado y a encontrar un proveedor nuevo.

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

### SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención médica

#### Sección 3.1 Cómo obtener cuidado si tiene una emergencia médica

*[Note: Throughout this section plans can change “notify plan” to provider, medical group or any other specific area the member should call after an emergency.]*

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

Una “emergencia médica” es cuando usted cree que tiene una lesión o enfermedad que requiere atención médica inmediatamente para evitar una discapacidad o la muere. Una emergencia médica puede incluir dolor intenso, una lesión grave, una enfermedad repentina, o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

* **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sal de emergencias más cercana o al hospital. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted no necesita obtener la aprobación de nuestro plan.
* [*Plans add if applicable:* **Lo antes posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. *[Plans must provide either the phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back the plan membership card).]*]

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier lugar en los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

[*Plans that offer a supplemental benefit covering emergencies or ambulance services outside of the country, mention the benefit here and then refer members to Chapter 4 for more information.*]

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brinadando atención de emergencia para ayudar a administrar y dar seguimiento a su cuidado. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo se condición es estable y la emergencia médica haya terminado.

Después de la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición siga siendo estable. Si usted decide recibir atención de seguimiento del proveedor que le propociono tratamiento a usted, entonces usted debe informarles de su cobertura lo más antes posible, al mostrar su tarjeta de membresía del plan. El plan pagará por todos los servicios cubiertos por el plan médicamente necesarios suministrados por el proveedor y atención no urgente que reciba de cualquier proveedor en los Estados Unidos, que se compromete a aceptar los términos y condiciones de nuestro plan de pago y es elegible para proporcionar servicios conforme a Medicare Original.

##### ¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que solicite atención de emergencia - pensando que su salud está en grave peligro – y el médico puede decir que no era una emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia, siempre y cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grabe peligro, cubriremos su atención médica.

#### Sección 3.2 Obteniendo atención en caso de una necesidad urgente de atención médica

##### ¿Qué son “cuidados de urgencia”?

“Atención de urgencia” es una situación de no-emergencia, una enfermedad médica, lesión o condición imprevista que requiere atención médica inmediata. [*Network or partial network PFFS plans add the following*: Atención de urgencia podrá ser proporcionada por proveedores de la red o proveedores fuera-de-la-red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o inaccesibles.] La condición imprevista podría ser, por ejemplo, un agravamiento imprevisto de una afección conocida que usted tenga.

¿Qué proveedores deben usar cuando usted tiene una necesidad urgente de atención médica?

[*Network or partial network PFFS plans insert:* Cubrimos la atención urgentemente necesaria que reciba de un proveedor de la red o de cualquier proveedor fuera-de-la-red que está dispuesto a proporcionar servicios como proveedor atribuido.]

*[Non-network PFFS plans insert:* Vamos a cubrir la atención médica urgente de cualquier proveedor que esté dispuesto a proporcionar servicios como proveedor atribuido.*]*

*[Plans must insert instructions for how to access urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a provider hotline, etc.)]*

### SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?

#### Sección 4.1 Usted puede solicitar que paguemos nuestra porción de los costos de los servicios cubiertos

Si usted ha pagado más de su parte por los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos* [*insert if applicable: or drugs*]) para más información acerca qué puede hacer.

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

*[Insert 2015 plan name]* cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que están enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (esta tabla está en en Capítulo 4 de este folleto) y que se obtienen conforme a las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan.

[*Full and partial network PFFS plans insert:* Nuestro plan pagará por todos los servicios que reciba de un proveedor de la red (incluyendo los servicios que reciba de un proveedor fuera-de-la-red cuando se le dirige a ver a ese proveedor por el plan o un proveedore de la red). Si por su cuenta, usted decide ver a un proveedor fuera-de-la-red que acepta los términos y condiciones de nuestro plan de pago, usted y el proveedor tienen derecho de solicitar una decisión de que el servicio es médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, será pagado por el plan.] will pay for all services that you receive from a network provider (including services you receive from an out-of-network provider when you are directed to see that provider by the plan or a network provider].

[*Non-network PFFS plans insert:* Si usted recibe un servicio de un proveedor que acepta los término y condiciones de nuestro plan de pago, usted y el proveedor tienen el derecho a solicitar una decisión de cobertura por escrito de nosotros antes de obtener el servicio con el fin de confirmar que el servicio es médicamente necesario y un servicio cubierto, y por lo tanto, será pagado por el plan.]

Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica.

[*Insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9] (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener más información sobre cóm hacer esto (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted paga el costo completo de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. *[Plans should explain whether paying for costs once a benefit limit has been reached will count toward an out-of-pocket maximum.]* Puede llamar a Servicios para miembros cuando desee saber cuánto ya ha utilizdo de su límite de beneficio.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado un “ensayo clínico”) es una manera en que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, que tan bien funciona un medicamento nuevo para el cáncer. Ellos prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos utilizando voluntarios que se prestan para ayudar en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos ver que tan bien funciona un nuevo enfoque y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a miembros de nuestro plan. Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan]primero necesita aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan] *no ha* aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

Una vez que Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan]apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más acerca del estudio y a ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que dirigen el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para el estudio *y* comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Cuando usted está en un estudio de investigación clínica, puede permanecer matriculado en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su cuidado (el cuidado que no esté relacionada al estudio) a travees de nuestro plan.

Si usted quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* tiene que obtener aprobación de nuestro plan *[plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence]* o de su PCP. *[Non-network PFFS plans: Omit the following sentence]* Los proveedores que le brindarán cuidado como parte del estudio de investigación clínica *no* tienen que pertenecer a nuestra red de proveedores.

Aun cuando usted no necesite obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe avisarnos antes de que comience su participación en dicho estudio.** He aquí las razones por las que nos debe avisar:

1. Podemos hacerle saber si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
2. Le podemos indicar qué servicios obtendrá de los proveedores del estudio de investigación clínica en lugar de nuestro plan.

Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

#### Sección 5.2 ¿Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, quién paga por los diferentes servicios?

Una vez que usted se integre a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio estarán cubiertos, incluyendo:

* Alojamiento y comida para una estadía de hospital que Medicare pagaría aun sin usted partipa en un estudio.
* Una operación u otro procedimiento médico, si son parte del estudio de investigación.
* Tratamiento por los efectos secundarios y las complicaciones a causa del cuidado nuevo.

Medicare Original paga la mayaría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Luego de que Medicare haya pagado su porción del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre los costos-compartidos de Medicare Original y sus costos-compartidos como miembro de nuestro plan. Esto quiere decir que sus costos por el servicio que reciba como parte del estudio no serán más de lo que sería si usted recibiera estos servicios de nuestro plan.

*He aquí un ejemplo de cómo funciona el sistema de costo-compartido:* Supongamos que usted tiene una prueba de laboratorio que cuesta $ 100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos de dicho análisis es de $ 20 dentro del Medicare Original, pero la prueba sería $ 10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $ 80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros $ 10. Esto significa que usted pagaría $ 10, que es la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted debe de presentar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, debe enviarnos una copia de su Aviso de Resumen de Medicare u otra documentación que muestre los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto debe. Por favor, consulte [*insert as applicable:* Capítulo 5 *OR* Capítulo 7] para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes:**

* Por lo general, Medicare *no* pagará poe el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si *no* estuviera en un estudio.
* Artículos y servicios que el estudio le da a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
* Artículos o servicios provistos sólo para recopilar datos, y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su condición médica normalmente requerirá una sola tomografía computarizada.

##### ¿Desea averiguar más detalles?

Usted puede obtener más información sobre la participación en ensayos clínicos leyendo la publicación “Medicare y los Estudios de Investigación Clínica” en la página de Internet de Medicare (http://www.medicare.gov). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidados cubiertos de una “institución no-médica religiosa”

#### Sección 6.1 ¿Qué es una institución no-médica religiosa?

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un centro que provee cuidado para una condición que generalmente sería tratada en un hospital o institución de enfermería diestra. Si obtener cuidado en un hospital o institución de enfermería diestra está en contra de las creencias religiosas del afiliado, nuestro plan le proveerá cubierta para cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Usted puede optar por obtener cuidado médico en cualquier momento, por cualquier razón. Este beneficio es provisto sólo para servicios a pacientes internados de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de salud). Medicare sólo pagará por los servicios no médicos de cuidado de salud provistos por instituciones religiosas no médicas para servicios de salud.

#### Seccíon 6.2 ¿Qué cuidados de una institución no-médica religiosa están cubiertos por nuestro plan?

Para obtener cuidado de una institución religiosa no médica para servicios de salud, usted debe firmar un documento legal que diga que usted, se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

* El cuidado o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier cuidado o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
* El tratamiento médico “exceptuado” es cuidado o tratamiento médico que *no* es voluntario o que *es requerido* bajo ley federal, estatal o local.

Para que lo cubra nuestro plan, el cuidado que usted obtenga de una institución religiosa no médica de cuidado de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

* La institución que provea el cuidado debe estar certificada por Medicare.
* La cobertura de servicios que usted reciba de nuestro plan está limitada a los aspectos del cuidado que *no sean religiosos*.
* Si usted recibe servicios de esta institución que son provistos en su casa, nuestro plan cubrirá servicios sólo si su condición normalmente cumple con los requisitos para la cobertura de servicios provista por agencias de servicio de salud en el hogar, que no sean instituciones religiosas no médicas para servicios de la salud.
* Si recibe servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro, [*insert as applicable:* las siguientes condiciones aplican *OR* la siguiente condición aplica]:
  + Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para el cuidado de pacientes hospitalizados o en centros de enfermería diestra.
  + *[Omit this bullet if not applicable] – y –* usted debe obtener aprobación por adelanto de nuestro plan antes de ser admitido a la institución o su estadía no se cubrirá.

*[Plans must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the benefits chart in Chapter 4) or whether there is unlimited coverage for this benefit.]*

### SECCIÓN 7 Reglas para quedarse con el equipo médico duradero

#### Sección 7.1 ¿Podrá usted quedarse con el equipo médico duradero después de haber hecho cierto número de pagos bajo nuestro plan?

*[Plans that furnish ownership of certain DME items must modify this section to explain the conditions under which and when specified DME can be owned by the member.]*

El equipo médico duradero incluye artículos como equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadoras y camas de hospital solicitados por un proveedor para uso en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, siempre pertenecen al miembro. En esta sección, analizamos otros tipos de equipo médico duradero que se deben alquilar.

*[This first sentence must be inserted even if your plan sometimes allows ownership for items other than prosthetics]* En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo medico duradero seran dueños del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 12 meses. Como miembro de *[insert 2015 plan name]*, sin embargo, usted [*insert if the plan sometimes allows ownership:* por lo general] no sera dueño del equipo medico duradero que es alquilado, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo como miembro de nuestro plan. [*Insert if the plan sometimes allows ownership for items other than prosthetics*: Bajo ciertas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del artículo de equipo medico duradero. Llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.] [*Insert if your plan never transfers ownership (except as noted above, for example, for prosthetics):* Aun si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo medico duradero bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan, usted no adquirirá la propiedad sin importar la cantidad de copagos que realize por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.]

##### ¿Qué ocurre con los pagos que usted haya hecho por equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si cambia a Medicare Original después de ser miembro de nuestro plan: Si no adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, usted tendrá que hacer 13 pagos nuevos consecutivos por el artículo mientras esté en Medicare Original para poder adquirir la propiedad del artículo. Sus pagos anteriores mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si hizo pagos por el artículo de equipo médico duradero bajo Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro plan, esos pagos anteriores de Medicare Original tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Usted tendrá que hacer 13 pagos consecutivos por el artículo bajo Medicare Original para adquirir la propiedad. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Medicare Original.

## Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo qué está cubierto y lo qué usted paga)

SECCIÓN 1 Conozca los costos de su bolsillo por los servicios cubiertos 60

Sección 1.1 Tipos de costos de su bolsillo que tal vez pague por sus servicios cubiertos 60

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible anual del plan? 61

Sección 1.3 Nuestro plan [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* también] tiene un deducible [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* separado] para ciertos tipos de servicios 61

Sección 1.4 ¿Cuánto es el monto máximo que pagará por [*insert if applicable:* Medicare Parte A y Parte B] los servicios médicos cubiertos? 62

Sección 1.5 Nuestro plan también limita sus costos de bolsillo para ciertos tipos de servicios 63

Sección 1.6 ¿De qué manera la “facturación de saldos” afecta sus costos? 64

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar lo qué está cubierto y cuánto pagará usted 65

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan 65

Sección 2.2 Beneficios “suplementarios opcionales” que puede comprar 93

Sección 2.3 Cómo obtener atención utilizando el beneficio de visitante/viajero opcional de nuestro plan 93

SECCIÓN 3 ¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan? 94

Sección 3.1 Beneficios que *no* cubrimos (exclusiones) 94

### SECCIÓN 1 Conozca los costos de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera sus servicios cubiertos e indica cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de *[insert 2015 plan name]*. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. [*Insert if applicable:* También explica los límites de ciertos servicios.] *[If applicable, you may mention other places where benefits, limitations, and exclusions are described, such as optional additional benefits, or addenda.]*

#### Sección 1.1 Tipos de costos de su bolsillo que tal vez pague por sus servicios cubiertos

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

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, usted necesita saber sobre los tipos de costos que usted pueda que pague fuera de su bolsillo para sus servicios cubiertos.

* El **“deducible”** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagr su parte. ([*Insert if applicable:* Sección 1.2 le dice más acerca de su deducible anual del plan] [*Insert if applicable:* Sección 1.3 le dice más sobre sus deducibles anuales para ciertas categorias de servicios.])
* Un **“copago”** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos.)
* **“Coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 le brinda más información acerca del coseguro.)
* *[Plans that allow providers to balance bill in their Terms & Conditions of payment may edit the percentage to reflect their actual balance billing rate.]* **“Facturación de saldo”** es cuando los proveedores, como los médicos o los hospitales, le cobran a los pacientes hasta un 15% más que la cantidad de pago del plan para los servicios. El monto de “facturación de saldos” se cobra además del monto del costo-compartido regular del plan del paciente. [*Plans that prohibit balance billing insert: [Insert 2015 plan name]* no permite que los proveedores que proporcionan servicios cubiertos cobren facturación del saldo a los miembros de nuestro plan.](Para más información, consulte la Sección 1.6 de este capítulo.)

Algunas personas califican para programas estatales de Medicaid para ayudar a pagar sus gastos directos de su bolsillo de Medicare. (Estos “Programas de Ahorros de Medicare” incluyen los programas Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB), Individual Aprobado (QI), y Personas Incapacitadas & Trabajadores Aprobado (QDWI). Si usted está inscrito en uno de estos programas, es posible que aún tenga que pagar un copago por el servicio, dependiendo de las reglas de su estado.

#### Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible anual del plan?

*[Plans with no deductibles, delete this section and renumber remaining subsections in Section 1.]*

*[Plans with separate in-network and out-of-network deductibles should revise this section (including the section title) as needed to describe the deductibles.]*

Su deducible anual es *[insert deductible amount]*. Esta es la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo antes de que paguemos nuestra parte de sus servicis médicos cubiertos.

Hasta que haya pagado el monto del deducible, usted deberá pagar el costo completo de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, vamos a empezar a pagar nuestra parte de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte ([*insert as applicable:* su copago *OR* el monto del coseguro *OR* su copago o el monto del coseguro]) para el resto del año calendario.

*[Plans may revise the paragraph to describe the services that are subject to the deductible.]* El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que vamos a pagar nuestra parte de los costos de estos servicios, incluso si usted no ha pagado su deducible anual todavía. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

* *[Insert services not subject to the deductible]*

#### Sección 1.3 Nuestro plan [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* también] tiene un deducible [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* separado] para ciertos tipos de servicios

*[Plans with service category deductibles: insert this section. If applicable, plans may revise the text as needed to describe how the service category deductible(s) work with the overall plan deductible.]*

*[Plans with a service category deductible that is not based on the calendar year – e.g., a per stay deductible – should revise this section as needed.]*

[*Insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* Además del deducible anual del plan que se aplica a todos los servicios médicos cubiertos, también tenemos un deducible anual para ciertos tipos de servicios.]

[*Insert if plan does not have an overall deductible and Sec. 1.2 was therefore omitted:* Tenemos un deducible anual para ciertos tipos de servicios.]

[*Insert if plan has one service category deductible:* El plan tiene un deducible anual de *[insert service category deductible]* para *[insert service category]*. Haste que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo completo para *[insert service category]*. Una vez que usted haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios y usted pagará su parte ([*insert as applicable:* su copago *OR* el monto de su coseguro *OR* su copago y el monto del coseguro]) para el resto del año calendario. [*Insert if applicable:* Tanto el deducible anual del plan y el deducible anual de *[insert service category]* se aplican hacia *[insert service category]* cubierta. Esto significa que una vez que haya pagado *ya sea* el deducible anual del plan *o* el deducible para *[insert service category]*, vamos a empezar a pagar nuestra parte de los costos de su *[insert service category]* cubierto.]

[*Insert if plan has more than one service category deductible:* El plan tiene un deducible anual para los siguientes tipos de servicios:

* [*Plans should insert a separate bullet for each service category deductible:* Nuestro deducible anual para *[insert service category]* es *[insert service category deductible].* Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo completo de *[insert service category]*. Una vez que usted haya pagado su deducible, nosotros pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios y usted pagará su parte ([*insert as applicable:* su copago *OR* el monto de su coseguro *OR* su copago o el coseguro]) para el resto del año calendario. [*Insert if applicable:* Tanto el deducible anual del plan y el deducible de *[insert service category]* aplican para su *[insert service category]* cubierta. Esto significa que una vez que haya pagado *ya sea* el deducible anual del plan *o* el deducible para *[insert service category]*, nosotros vamos a empezar a pagar nuestra parte de los costos de su *[insert service category]* cubierta.]]

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

Debido a que usted está inscrito en un Plan Medicare De Ventaja, hay un límite a la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos que están cubiertos [*insert as applicable:* bajo Medicare Parte A y Parte B *OR* bajo nuestro plan] (conslute la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina el monto máximo fuera de su bolsillo por los servicios médicos.

Como miembro de *[insert 2015 plan name],* lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* Parte A and Parte B] en 2015 es *[insert MOOP].* Los montos que paga por [*insert applicable terms:* deducibles, copagos, y coseguros] de servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de gastos de su bolsillo. *[Plans with no premium and/or that do not offer Part D may modify the following sentence as needed]* (Los montos que paga por las primas y por sus medicamentos recetados de la Parte D no se consideran para su monto máximo de gastos de su bolsillo. [*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* Además, los montos que paga por algunos servicios no se consideran para su monto máximo de gastos de su bolsillo. Estos servicios están marcados con asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos.])Si llega al monto máximo de gastos de su bolsillo de *[insert MOOP]*, usted no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año para servicios cubiertos [*insert if applicable:* de Parte A y Parte B]. Sin embargo, usted debe continuar pagando [*insert if plan has a premium:* la prima de su plan y] la prima de Medicare Parte B (a menos que su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro partido tercero).

#### Sección 1.5 Nuestro plan también limita sus costos de bolsillo para ciertos tipos de servicios

*[Plans with service category OOP maximums: insert this section.]*

*[Plans with a service category OOP maximum that is not based on the calendar year – e.g., a per stay maximum – should revise this section as needed.]*

Además de la cantidad máxima de gastos de su bolsillo para servicios cubiertos [*insert as applicable:* de Parte A y Parte B] (consulte la Sección 1.4 de arriba), también tenemos una cantidad máxima de gastos de su bolsillo aparte que sólo se aplica a ciertos tipos de servicios.

[*Insert if plan has one service category MOOP:* El plan tiene una cantidad máxima de gastos de su bolsillo de *[insert service category MOOP]* para *[insert service category]*. Una vez que usted haya pagado *[insert service category MOOP]* de su bolsillo por *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo alguno para usted durante el resto del año calendario.] [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* Tanto el monto máximo de su bolsillo por servicios médicos [*insert as applicable:* de Parte A y Parte B *OR* bajo la cobertura] y el monto máximo por *[insert service category]* aplica a su cobertura *[insert service category]*. Esto significa que una vez que haya pagado *ya sea* *[insert MOOP]* para los servicios médicos[*insert as applicable:* de Parte A y Parte B *OR* bajo la cobertura] *o* *[insert service category OOP max]* para su *[insert service category]*, el plan cubrirá sus *[insert service category]* sin costo alguno para usted durante el resto del año.]

[*Insert if plan has more than one service category MOOP:* El plan tiene una cantidad máxima de gastos de su bolsillo para los siguientes tipos de servicios:

* *[Plans should insert a separate bullet for each service category MOOP:* Nuestra cantidad máxima para gastos de su bolsillo para *[insert service category]* es *[insert service category MOOP].* Una vez que usted haya pagado *[insert service category MOOP]* de su bolsillo *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo alguna para usted durante el resto del año calendario.] [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* Tanto el monto máximo de gastos de su bolsillo para los servicios médicos [*insert as applicable:* de Parte A y Parte B *OR* bajo la cobertura] y el monto máximo de gastos de su bolsillo para [*insert service category*] aplican a su cobertura *[insert service category]*. Esto significa que una vez que usted haya pagado *ya sea* *[insert MOOP]* para los servicios médicos [*insert as applicable:* de Parte A y Parte B *OR* bajo la cobertura] *o* *[insert service category OOP max]* para su *[insert service category]*, el plan cubrirá su *[insert service category]* sin costo alguno a usted durante el resto del año.]

#### Sección 1.6 ¿De qué manera la “facturación de saldos” afecta sus costos?

*[Note to plans: this section is in reference to balance billing allowed under 42 CFR 422.216(b)(1).]*

[*Insert this paragraph if plan prohibits balance billing:*Nuestro plan no permite la “facturación de saldos”. Esto significa que se le permite a un proveedor cobrar sólo las cantidades de costo-copartido del plan y no se le permite cobrar ni facturar más por los servicios. La facturación de saldo está prohibido por los proveedores que proporcionan servicios cubiertos a los miembros de *[insert 2015 plan name]*.]

[*Insert this paragraph if plan allows balance billing:* Además de la recolección de montos del costo-compartido del plan de los miembros de *[insert 2015 plan name]*, los proveedores pueden “facturar el saldo” de los miembros hasta *[insert balance billing amount of 15 or less]*% del la cantidad del pago total del plan para los servicios. *[If balance billing is allowed only for certain services, indicate so and list those services.]* Nota: Si usted está inscrito en un programa estatal de Medicaid y se mantiene indemne de participación en los costos-compartidos de Medicare, *[insert 2015 plan name]* no permite que un proveedor le facture el saldo.]

[*Insert this paragraph if the plan allows hospitals to balance bill:* Los hospitales que desean facturación de saldos deben darle un notificación antes de proporcionar cualquier servicio hospitalario cuyo monto de facturación de saldo podría ser mayor a $500. La notificación debe incluir la siguiente información:

1. Un aviso de que la facturación de saldo es permitada para esos servicios;
2. Un estimado de buena fe de la cantidad probable de la facturación de saldos basada en su condición;
3. Y, la cantidad de cualquier deducible, coseguro, y copago que usted podría tener que pagar, además de la cantidad de facturación de saldo.]

[*Insert if applicable*: Los proveedores también tienen que darle un aviso de la cantidad estimada de su costo-copartido para los siguientes servicios: *[describe type(s) of service and cost-sharing threshold for providing a notice]*.]

Hay un tipo adicional de la facturación de saldos que los médicos que no participan en Medicare y que no están en la red del plan tienen derecho a cobrar. Sin embargo, usted nunca tendrá este tipo de facturación de saldos. El proveedor cobrará esta cantidad de facturación de saldos de nosotoros y usted sólo pagará el monto del costo-compartido. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la cantidad que tiene que pagarle a un proveedor, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

### SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar lo qué está cubierto y cuánto pagará usted

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

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios *[insert 2015 plan name]* y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos sólo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

* Sus servicios cubiertos de Medicare deben ser provistos de acuerdo con las directrices de cobertura establecidas por Medicare.
* Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, y equipos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que se necesitan los servicios, suministros, o medicamentos para la prevención, el diagnóstico, o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
* Sin la autorización previa, la notificación previa o remisión se requiere como condición de cobertura cuando los servicios médicos necesarios, cubiertos por el plan son proporcionados a nuestros miembros.

Otras cosas importantes que debe saber acerca de la cobertura:

* Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo haría en Medicare Original. Para otros, se paga *menos.* (Si usted quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & Usted 2015.* Vealo en la página de Internet http://www.medicare.gov o solicite una copia llamando al ask 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hotoas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
* No cobramos un costo-compartido para visitas al consultorio si el único propósito de la visita es el de obtener los servicios de prevención.[*Insert as applicable:* Sin embargo, si además recibe tratamiento o supervición de una condición médica existen durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la condición médica existente.]
* A veces, Medicare añade la cobertura de Medicare Original para los nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante el 2015, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Apple icon. Verá está manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.



***[Instructions on completing benefits chart:***

* *When preparing this Benefits Chart, please refer to the instructions for completing the standardized/combined ANOC/EOC.*
* *For any benefits for which the plan uses Medicare amounts for member cost-sharing in their approved bid, the plan may insert the 2014 Medicare amounts; note that these amounts may change in 2015, and the plan will provide updated rates as soon as Medicare releases them.*
* *For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit than Original Medicare do not need to include given description (unless still applicable) and may instead describe plan benefit.*
* *Optional supplemental benefits are not permitted within the chart; plans that would like to include information about optional supplemental benefits within the EOC may describe these benefits within Section 2.2.*
* *All partial and full network PFFS plans with differential cost-sharing for in and out-of-network services should clearly indicate for each service applicable the cost-sharing amount for network and out-of-network providers and facilities.*
* *Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the benefits chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.*
* *Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might impact a beneficiary’s access to services within the chart.*
* *Plans may add references to the list of exclusions in Sec. 3.1 as appropriate.*
* *Plans must make it clear for enrollees (in the sections where enrollee cost sharing is shown) whether their hospital copays or coinsurance apply on the date of admission and/or on the date of discharge.]*

Tabla de Beneficios Médicos

| Servicios que están cubiertos para usted | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios |
| --- | --- |
| Apple icon.Chequeo de aneurisma aórtico abdominal  Una ecografía de detección por única vez par alas personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si obtiene un referido para el examen como resultado de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguros, copago, ni deducible para los beneficiarios elegibles para este examen preventivo. |
| Servicios de ambulancia   * Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen vuelos de ala fija, ala giratoria, y servicios de ambulancia terreste, al centro más cercano que pueda proporcionar atención si se proporciona a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o si está autorizado por el plan. * El transporte que no sea de emergencia por ambulancia si se documenta que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. | *[List copays / coinsurance / deductible. Specify whether cost-sharing applies one-way or for round trips.]* |
| Apple icon. Chequeo annual de bienestar  Si usted ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar annual para desarrollar o actualizar su plan de prevención personalizado dasado en su salud actual y los factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.  **Nota**: Su primera visita annual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, usted no necesita haber tenido una visita “Bienvenido a Medicare” para recibir cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. | No hay coseguros, copago, ni deducible para la visita anual de bienestar. |
| Apple icon.Chequeo de densitrometría ósea  Para personas elegibles (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea, o determinar la calidad de la médula, incluyendo la interpretación del médico de los resultados.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguros, copago, ni deducible para el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare. |
| Apple icon.Chequeo del cáncer de seno (mamografíaas)  Los servicios cubiertos incluyen:   * Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 * Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o máyores * Exámenes clínicos de seno una vez cada 24 meses   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para mamografías cubiertas. |
| Servicios de rehabilitación cardiaca  Los programas de servicios de rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que reúnen ciertos requisitos con la [*insert as appropriate:* remisión *OR* orden] de un médico. El plan también cubre los programas intesivos de rehabilitación cardíaca que habitualmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Visita para reducir el riesgo de la enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)  Nosotros cubrimos una visita al año a su médico de atención primaria para ayudar a reducisr su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede discutir el uso de aspirina (si procede), revisar su presión arterial, y le dará consejos para asegurarse de que está comiendo bien.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo de la terapia conductal intensiva de enfermedades cardiovascular. |
| Apple icon. Chequeo de enfermedad cardiovascular  Exámenes de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada cinco años (60 meses).  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, o deducible para exámenes de enfermedad cardiovascular que se cubren una vez cada cinco años. |
| Apple icon.Chequeo del cáncer cervical y cancer vaginal  Los servicios cubiertos incluyen:   * Para todas las mujeres: Exámen de Papanicolaou y exámenes pélvicos que están cubiertos una vez cada 24 meses * Si usted está en alto riesgo de cáncer cervical o ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal y está en edad de tener hijos: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para exámenes preventivos de Papanicolaou o pélvicos cubiertos por Medicare. |
| **Servicios quiroprácticos**  Los servicios cubiertos incluyen:  • Sólo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Chequeo del cáncer colorrectal  Para personas de 50 años o máyores, se cubre lo siguiente:   * Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como alternativa ) cada 48 meses * Prueba de sangre oculta en heces fecales, cada 12 meses   Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:   * Exámen de colonoscopíaa (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses   Para personas que no son de alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:   * Exámen de colonoscopía caa 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para el exámen cubierto por Medicare de detección de cáncer colorrectal. |
| *[Also list any additional benefits offered.] [Include row if applicable. If plan offers dental benefits as optional supplemental benefits, they should not be included in the chart. Plans may describe them in Section 2.2 instead.]*  Servicios dentales  Por lo general, servicios preventivos dentales (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Nosotros cubrimos:  *[List any additional benefits offered, such as routine dental care.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. Chequeo de depresión  Nosotros cubrimos una evualación de depresión al año. El exámen debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar un tratamiento de seguimiento y referencias.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para la visita de detección de la depresión. |
| Apple icon.Chequeo de diabetes  Nosotros cubrimos este exámen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia, obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.  Basado en los resultados de estos exámenes, usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de diabetes cada 12 meses.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para el exámen cubierto por Medicare de detección de diabetes. |
| Apple icon.Servicos y suministros para capacitación de la autogestión de la diabetes  *[Plans may put items listed under a single bullet in separate bullets if the plan charges different copays. However, all items in the bullets must be included.]* Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y los que no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen:   * Suministros para controlar su nivel de glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. * Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas provistas con los zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. * La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierto bajo ciertas condiciones   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para los beneficiarios elegibles para el beneficio preventivo de capacitación para el autocontrol de la diabetes. |
| Equipo médico duradero y suministros relacionados  (Para una definición de “equipo médico duradero”, consulte el [*insert as applicable:* Capítulo 10 *OR* Capítulo 12] de este folleto.)  Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, camas de hospital, bomba de infusión intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizador y andadera.  [*Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Nosotros cubrimos todo el equipo médico duradero médicamente necesario cubiertos por Meidcare Original. Si nuestro proveedor en su área no lleva una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted.]  [*Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Con ese documento *Evidencia de Cobertura*, le enviamos *[insert 2015 plan name]*’s lista de equipo médico duradero. La lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. Esta lista más reciente de las marcas, fabricantes, y proveedores se encuentra disponible en nuestra página de Internet *[insert URL]*.  Por lo general, *[insert 2015 plan name]* cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes en esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca sea apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo a *[insert 2015 plan name]* y está utilizando una marca de equipo médico duradero que no está en nuestra lista, vamos a seguir cubriendo esta marca para usted hasta por 90 días. Durante este tiempo, usted debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, usted puede pedirle que le recomiende una segunda opinión.)  Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de la cobertura del plan, usted o su proveedore pueden presentar una apelación. También puede presetar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de qué producto o marca es apropiada para su condición médica. (Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte al [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9], *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).*)] | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidado de emergencia médica  La atención de emergencia médica se refiere a los servicios que son:   * Proporcionado por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, y * Necesitado para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.   Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad, o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor severo, o una infección médica que empeora rápidamente. | *[List copays / coinsurance / deductible. If applicable, explain that cost-sharing is waived if member admitted to hospital.]* |
| Apple icon.Programas educativos sobre la salud y bienestar  *[These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness, and stress management. Describe the nature of the programs here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]* | *[List copays / coinsurance/ deductible]* |
| Servicios del oído  Evaluaciones de diagnósitico de audición y equilibrio realizadas por su [*insert as applicable:* PCP *OR* proveedor] para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria cuando los porpociona un médico, audiólogo u otro proveedor capacitado.  *[List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.]* | [*List copays / coinsurance / deductible*] |
| Apple icon. Prueba del VIH  Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que están en mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:   * Un exámen de detección cada 12 meses   Para mujeres que estan embarazadas, cubrimos:   * Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para los beneficiarios elegibles para el exámen VIH preventivo cubiertos por Medicare. |
| Cuidados a través de agencia de la salud en el hogar  *[If needed, plans may revise language related to the doctor certification requirement.]* Antes de recibir servicios de salud en casa, un médico debe certificar que usted necesita los servicios de salud en el hogar y ordenará los servicios de salud en el hogar para ser proporcionado por una agencia de salud en el hogar. Usted debe estar confinado a su hogar, lo que significa que salir de su casa requiere mucho esfuerzo.  Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:   * A tiempo parcial o los servicios de enfermería y asistencia de salud en el hogar capacitados intermitentes (Para que estén cubiertos bajo el beneficio de atención médica a domicilio, servicios de enfermería y asistencia de salud en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) * Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla * Servicios médicos y sociales * Equipos y suministros médicos | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidado de hospicio  Usted puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare.  Los servicios cubiertos incluyen:   * Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor * Cuidado de relvo a corto plazo * Atención en el hogar   Para los servicios de cuidado de hospicio y los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y están relacionados con su enfermedad terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios de hospicio y cualquier servicio de la Pate A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal. Mientras usted estee en el programa de ospicio, su proveedor de hospicio facurará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga.  Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su enfermedad terminal: Si usted necesita servicios que no son de emergencia o urgentemente necesitados, que son cubiertos bajo Medicare Parte A o B y que no son relacionados a su enfermedad terminal, [*non-network PFFS plans, insert:* usted paga el costo-compartido del plan para los proveedores que se consideren.][*network PFFS plans insert:* el costo de estos servicios depende si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:   * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted sólo paga el monto del costo-compartido del plan por los servicios dentro de la red * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera-de-la-red, usted paga el costo-compartido del plan para los proveedores que se consideren.]   Para los servicios que están cubiertos por *[insert 2015 plan name]*, pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: *[insert 2015 plan name]* continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos bajo la Parte A o B sin importar que no sea relacionado a su enfermedad terminal. Usted paga su monto de costo-compartido del plan para estos servicios.  **Nota:** Si usted necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Si usted obtiene sus servicios no de hospicio con nuestros proveedores de la red le reducirá su parte del costo-compartido de los servicios.  [*Insert if applicable, edit as appropriate:* Our plan covers hospice consultation services (one time only) for a terminally ill person who hasn’t elected the hospice benefit.] | Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionadas con su enfermedad terminal son pagadas por Medicare original, no por *[insert 2015 plan name]*.  *[Include information about cost-sharing for hospice consultation services if applicable.]* |
| Apple icon.Inmunizaciones  Servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:   * Vacúna contra la neumonía * Vacúna contra la gripe, una vez al año en otoño o invierno * Vacúna contra Hepatitis B si corre alto o intermediario riesgo de contraer Hepatitis B * Otras vacúnas si están en riesgo y que cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare   *[MA-only plans, delete]* También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para las vacúnas contra neumoníaa, gripe, y Hepatitis B. |
| Cuidados hospitalarios para pacientes internados  Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, y otros tipos de servicios de hospitalización. Atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día que ingresa formalmente al hospital bajo una orden del médico. El día antes de que le den de alta es su último día de hospitalización.  [Especifique los días cubiertos y las restricciones que se aplican.] Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:   * Habitación semiprivada (o habitación privada se es médicamente necesario) * Comidas, incluyendo las dietas especiales * Servicios regulares de enfermería * Costos de unidades de cuidado especial (tales como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario) * Fármacos y medicamentos * Exámenes de laboratorio * Rayos X y otros servicios de radiologia * Suministros necesarios quirúrgicos y médicos * Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas * Costos de sala de operaciones y recuperación * Terapia física, ocupacional, y terapia del habla y lenguanje * Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados | *[List all cost-sharing (deductible, copay­ments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost-sharing is based on the original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/ explanation of approved benefit period here.]* [*Plans that use per-admission deductible include:* Un deducible por admisión se aplica una vez durante el período definido del beneficio.] *[In addition, if applicable, explain all other cost-sharing that is charged during a benefit period.]* |
| Cuidados hospitalarios para pacientes internados (continuación)   * Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de transplantes estean cubiertos: de córnea, riñon, páncreas y riñon, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. [*Partial or full network PFFS plans with contracts with transplant providers outside of the community insert:* Proveedores de transplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores de transplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original, entonces usted puede elegir obtener sus servicios de transplande de forma local o en un lugar distante que ofrece el plan. Si *[insert 2015 plan name]* proporciona servicios de transplante en un lugar distante (fuera del área de servicio) y usted decide obtener transplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y su acomañante.] *[Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.]* * Sangre – incluyendo almacenaje y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted debe ya sea pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre ya sea usted mismo u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Servicios médicos   **Nota:** Para la internación, su provedor debe escribir una orden para admitirlo a usted formalmente como paciente del hospital. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, que podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si usted no está seguro si es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.  También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted paciente Interno o Ambulatorio? Si tiene Medicare – Pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas al día, 7 días a la semana. | *[If cost-sharing is* ***not*** *based on the original Medicare or plan-defined benefit period, explain here when the cost-sharing will be applied. If it is charged on a per admission basis, include:* Un costo-compartido del deducible y/o de otro tipo se cobra por cada estadía en el hospital.]  *[If inpatient cost-sharing varies based on hospital tier, enter that cost-sharing in the data entry fields.]* |
| Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados   * Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. *[List days covered, restrictions such as 190-day lifetime limit for inpatient services in a psychiatric hospital. The 190-day limit does not apply to inpatient mental health services provided in a psychiatric unit of a general hospital.]* | *[List all cost-sharing (deductible, copay­ments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost-sharing is based on the original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/explanation of approved benefit period here. Plans that use per-admission deductible include:* Un deducible por admission se aplica una vez durante el período definido del beneficios*. [In addition, if applicable, explain all other cost-sharing that is charged during a benefit period.]*  [*If cost-sharing is* ***not*** *based on the original Medicare or plan-defined benefit period, explain here when the cost-sharing will be applied. If it is charged on a per admission basis, include:* Un deducible y/u otro tipo de costo-compartido se cobra por cada estadía en el hospital.] |
| Servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante una internación no cubierta  *[Plans with no day limitations on a plan’s hospital or SNF coverage may modify or delete this row as appropriate.]*  Si usted ha agotado sus beneficios de internación o si la hospitalización no es razonalble y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubrimos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios incluyen:   * Servicios médicos * Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio) * Rayos X, radioterapia y terapia radiosótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico * Vendas quirúgicas * Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones * Dispositivos protésticos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o todo o parte de la funcion de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperable o que funcione mal, incluida la sustitución de dichos dispositivos * Piernas, brazos, espaldas y cuello: bragueros y piernas artificiales, brazos y ojos, incluyendo los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condicion física del paciente * Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Terapia médica de nutrición  Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (del riñon) (pero no en dialysis), o después de un transplante de riñon cuando [*insert as appropriate:* es referido *OR* es ordenado] por su médico.  Nosotros cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento individual el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare De Ventaja o Medicare Original), y dos horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento, o diagnóstico cambia, es possible que pueda recibir más horas de tratamiento con una [*insert as appropriate:* referencia *OR* orden] de un medico. Un medico debe recetar estos servicios y renovar su [*insert as appropriate:* referencial *OR* orden] anualmente sis u tratamiento es necesario el próximo año calendario. *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguros, copago, ni deducible |
| Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare  Estos medicamentos están cubieros bajo la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:   * Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se deben inyectar mientras recibe servicios medicos, ambulatorios del hospital o centro de servicio de cirugía ambulatoria * Los medicamentos que se administrant mediante equipo medico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan * Factores de coagulación que usted se inyecta si tiene hmofilia * Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del transplande de órgano * Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado al hogar, tiene una fractura que un medico certifica que está relacionada a la osteoporosis posmenopáusica, y no puede autoadministrarse el medicamento * Antígenos * Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la nauseas * Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésico tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis *[plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan]* ( como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa) * Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades primordiales de deficencia inmunológica   *[MA-only plans delete the following paragraph]* Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que estos estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el capítulo 6. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Pruebas y terapia de obesidad para promover una pérdida de peso prolongada  Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, nosotros cubrimos la consejería intensive para ayudarle a perder peso. Esta consejería está cubierto si usted lo consigue en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con el plan de prevención integral. Hable con su médico o proveedor de atención primaria para obtener más información.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguros, copago, ni deducible para la detección preventiva de obesiad y la terapia. |
| Pruebas de diagnóstico, servicios, y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios  Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:   * Rayos X * Radioterapia (radio e isótopos) incluidos los materiales y suministros del técnico including technician materials and supplies *[List separately any services for which a separate copay/coinsurance applies over and above the outpatient radiation therapy copay/coinsurance.]* * Suministros quirúrgicos, tales como vendas * Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones * Pruebas de laboratorio * Sangre. La cobertura comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted debe ya sea pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que recibe en un año calendario o tiene que donar la sangre usted mismo u otra persona *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* La cobertura de almacenamiento y administración comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. overage of storage and administration begins with the first pint of blood that you need. * Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios *[Plans can include other covered tests as appropriate.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios ambulatorios de hospital  Nosotros cubrimos servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.  Los servicios cubiertos incluyem, pero no se limitan a:   * Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes externos, tales como los servicios de observación o la cirugía ambulatoria * Laboratorio y exámenes de diagnóstico por el hospital * Atención de salud mental, incluidad la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que tratamiento hospitalario se requeriría sin ella * Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital * Suministros médicos como férulas y yesos * Ciertos exámenes de detección y servicios preventivos * Ciertos medicamentos y productos biológicos que no pueda autoadministrarse   **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo-copartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía podría ser considero un “paciente ambulatori”. Si usted no está seguro si es un paciente ambulatorio, dbe preguntarle al personal del hospital.  También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted paciente Interno o Ambulatorio? Si tiene Medicare – Pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas al día, 7 días a la semana.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidados ambulatorios de salud mental  Los servicios cubiertos incluyen:  Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional con licencia del estado que sea calificado por Medicare según lo permitan las leyes aplicables del estado.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios ambulatorios de rehabilitación  Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.  Los servicios ambulatorios de rehabilitación se proporcionan en varios centros ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORFs). | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios ambulatorios para el abuso de sustancias  *[Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios brindados en instalaciones hospitalarias y centros quirúrgicos ambulatorios  **Nota:** Si va a someterse a una cirugíaa en un hospital, debe verificar con su proveedor si será un paciente interno o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo-copartido para la cirugía ambulatoria. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de hospitalización parcial  “Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado para pacientes ambulatorios del hospital or por un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la internación. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios médicos o de profesionales de la salud, incluyendo visitas al médico  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicos de atención o cirugía médicamente necesarios brindados en el consultorio de un médico, un centro certificado quirúrgico ambulatorio, departamento ambulatorio de un hospital, o cualquiera otra ubicación * Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista * Exámenes de audición y equilibrio básicas realizadas por su [*insert as applicable:* PCP *OR* especialista], si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico * [*Insert if the plan has a service area and providers/locations that qualify for telehealth services under the Medicare requirements:*Ciertos servicios de telesalud, incluyendo la consulta, el diagnóstico, y tratamiento por un médico o profesional de los pacientes en algunas zonas rurales o en otros lugares autorizados por Medicare] * Segunda opinión [*insert if appropriate:* de otro proveedor de la red] antes de la cirugía * Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de la mndíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por cáncer neoplástico o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico)   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de podología  Los servicios cubiertos incluyen:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón). * Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Pruebas de diagnóstico del cáncer de próstata  Para hombres de 50 años o mayores, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente – una vez cada 12 meses:   * Exámen rectal digital * Exámen de Antígeno Prostatico Específico (PSA)   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay cosegure, copago, ni deducible para una prueba annual de PSA. |
| Dispositivos protésticos y suministros relacionados  Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen todo o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluyendo un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésticos y la reparación y/o reemplazo de prótesis. También incluye cierta cobertura despu´s de una extracción de cataratas o cirugía de cataratas – conslute “Atención Oftamológica” más adelante en esta sección para más detalles. (other than dental) that replace all or part of a body part or function. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de rehabilitación pulmonar  Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad de moderada a muy severa pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y [*insert as appropriate:* una referencia *OR* una orden] para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Exámenes y consejos para reducir el abuso del alcohol  Cubrimos un exámen de abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluyendo a las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son dependientes del alcohol.  Si la prueba resulta positiva para el abuso de alcohol, se puede obtener un meaximo de cuatro sesiones breves de consejería cara a cara por año (si esta competente y alerta durante la consejería) proporcionada por un médico de antención primaria o un profesional capacitado en un entorno de atención primaria.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguros, copago, ni deducible para el exámen de control cubierto por Medicare y el asesoramiento para reducir el beneficio preventivo de abuso del alcohol. |
| Apple icon.Exámenes para infecciones transmitidas sexualmente (STIs, en inglés) y consejos para evitarlas  Nosotros cubrimos exámenes de infecciones de transmisón sexual (ITS) para detectar la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la Hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en mayor riesgo de una ITS cuando los exámenes son oredanos por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.  También cubrimos hasta dos sesiones individuales de 20 a 30 minutos de consejería cara a cara de comportamiento de alta intensidad cada año para los adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual. Solo cubriremos estas sesiones de consejería como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se desarrollan en un entorno de atención primaria, como la oficina de un doctor.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguros, copago, ni deducible para el beneficio preventivo del exámen de control cubierto por Medicare para ITS y para la consejería para prevenir ITS. |
| Servicios para tratar las condiciones y enfermedades del riñon  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del rinnon y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con Etapa IV de su enfermedad renal cuando su médico lo refiere, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida. * Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3) * Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en n hospital para recibir atención especial) npatient dialysis treatments * Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) * Equipo y suministros para diálisis en el hogar * Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores capacitados en diálisis para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar su equipo de diálisis y suministros de agua) * Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de la Parte B Medicamentos, por favor vaya a la sección siguiente, “Los medicamentos recetados de Medicare Parte B”. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidados en centros de enfermería especializada (SNF, en inglés)  (Para una definición de “centro de enfermería especializada”, consulte [*insert as applicable:* Capítulo 10 *OR* Capítulo 12] de este folleto. Centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNFs”.)  *[List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]* Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:   * Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente nesecario) * Comidas, incluyendo las dietas especiales * Servicios de enfermería especializada * Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla * Medicamentos que se administran como parte de su plan de atención (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre.) * Sangre – incluyendo almacenaje y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted debe ya sea pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene que donar la sangre ustedmismo u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Suministros médicos y quirúrgicos comúnmente proporcionados por SNF * Analysis de laboratorio comúnmente proporcionados por SNF * Rayos X y otros servicios de radiologíaa comúnmente proporcionados por SNF * Uso de aparatos, como sillas de ruedas normalmente provistos por SNF * Servicios de Médico/Profesional | *[List copays / coinsurance / deductible. If cost-sharing is based on benefit period, include definition/explanation of BID approved benefit period here.]* |
| Apple icon.Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar tabaco)  Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: Nosotros cubrimos dos intentos para abandonar con consejería dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada intento con consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.  Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: Cubrimos dos intentos para abandonar con consejería dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo-compartido aplicable. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguros, copago, ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para el dejar de fumar y consumir tabaco. |
| Atención necesaria de urgencia  *[Full-network plans insert this row:]*  Atención de urgencia es atención brindada para tratar una enfermedad de no emergencia y no prevista, lesión, o condición que requiere atención médica inmediata. Atención de urgencia puede ser proporcionada por proveedores de la red o por proveedores furea-de-la-red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o inaccesibles.  *[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. or world-wide.]* | *[List copays / coinsurance / deductible. Plans should include different copayments for contracted urgent care centers, if applicable]*] |
| Apple icon.Cuidado de la vista  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes oculares de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contactos. * Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, como personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes y Afroamericanos de 50 años o mayores: exámen de glaucoma una vez al año. * *[Adapt this description if the plan offers more than is covered by Original Medicare.]* Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si tiene 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.) Lentes correctivos/marcos (y reemplazos) necesarios después de una cirugía de cataratas sin implante de lente.   *[Also list any additional benefits offered, such as supplemental vision exams or glasses. If the additional vision benefits are optional supplemental benefits, they should not be included in the benefits chart; they should be described within Section 2.2.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”  El plan cubre la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de salud, así como aducación y consejería sobre servicios preventivos que usted necesita (incluyendo ciertos exámenes de detección y vacúnas), y referencias para otros cuidados si es necesario.  **Importante:** Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” sólo dentro de los primeros 12 meses de tener Medicare Parte B. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. | No hay coseguros, copago, ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. |

#### Sección 2.2 Beneficios “suplementarios opcionales” que puede comprar

*[Include this section if you offer optional supplemental benefits in the plan and describe benefits below. You may include this section either in the EOC or as an insert to the EOC.]*

Nuestro Plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original y no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro. Estos beneficios adicionales se denominan **“Beneficios Suplementarios Opcionales”.** Si quiere recibir estos beneficios suplementarios opcionales, debe inscribirse para recibirlos [*insert if applicable:* y es possible que tenga que pagar una prima adicional por ellos]. Los beneficios suplementarios opcionales que se describen en [*insert as applicable:* está sección *OR* el inserto adjunto] están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

*[Insert plan specific optional benefits, premiums, deductible, copays and coinsurance and rules using a chart like the Benefits Chart above. Insert plan specific procedures on how to elect optional supplemental coverage, including application process and effective dates and on how to discontinue optional supplemental coverage, including refund of premiums. Also insert any restrictions on members’ re-applying for optional supplemental coverage (e.g., must wait until next annual enrollment period).]*

#### Sección 2.3 Cómo obtener atención utilizando el beneficio de visitante/viajero opcional de nuestro plan

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

[*Full and Partial network PFFS plans: If your plan offers a visitor/traveler program to members who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the visitor/traveler benefits and rules related to receiving the out-of-area coverage. The visitor/travel benefit applies to all the categories of services for which the plan has established a network of providers. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR 422.74(b)(4)(iii) (for more than six months up to 12 months) also explain that here based on the language suggested below.*

Cuando usted está ausente de forma continua del área de servicio de nuestro plan por más de seis meses, por lo general hay que darse de baja de nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos como un beneficio suplementario un programa para visitantes/viajeros *[specify areas* *where the visitor/traveler program is being offered],* lo que le permitirá permanecer inscrito en nuestro plan cuando está uera de nuestra área de servicio durante menos de 12 meses. Este programa está disponible para todos los miembros de *[insert 2015 plan name]* que se encuentren temporalmente en el área visitante/viajero. Bajo nuestro programa para visitantes/viajeros, puede recibir todos los servicios cubiertos por el plan al mismo precio que el costo-compartido de la red. Comuníquese con el plan para ayudarlo a localizar un proveedor cuando se utiliza el beneficios de visitante/viajero.

Si usted está en el área visitante/viajero, puede permanecer inscrito en nuestro plan para un maáximo de 12 meses. Si usted no ha regresado a la zona de servicio del plan dentro de 12 meses, será dado de baja del plan.]

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

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

Esta sección le indica qué tipos de beneficios están “excluidos”. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición y algunos que están excluidos solamente bajo condiciones especificas.

Si usted recibe beneficios que están excluidos, deberá pagarlos de su bolsillo. No pagaremos por los beneficios médicos excluidos que figuran en esta sección (o en otro lugar de este folleto), y tampoco lo hará Medicare Original. La única excepción: si un beneficio en la lista de exclusiones se encuentra bajo apelación para ser un beneficio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación especifica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, vaya al [*insert as applicable:* Capítulo 7 *OR* Capítulo 9], Sección 5.3 de este folleto.)

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, o en cualquier otro lugar de esta *Evidencia de* Cobertura, *[mention any other places where exclusions are given, such as addenda,]* **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por Medicare Original o por nuestro plan:**

*[The services listed in the remaining bullets are excluded from Original Medicare’s benefit package. If any services below are covered supplemental benefits, delete them from this list. When plans partially exclude services excluded by Medicare they need not delete the item completely from the list of excluded services but may revise the text accordingly to describe the extent of the exclusion. Plans may add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may also add exclusions as needed.]*

* Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con las normas de Medicare Original, a menos que dichos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.
* Procedimientos médicos y quirúrgicos ecperimentales, equipos y medicamentos, a menos que estén cubiertos por Medicare Original o por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte al Capítulo 3, Sección 5 para más información sobre estudios de investigación clínica). Procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original generalmente definen como no aceptados por la comunidad médica.
* Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y esté cubierto por Medicare Original.
* Habitación privada en un hospital, excepto cuando se considere médicamente necesario.
* Enfermeras privadas.
* Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.
* Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.
* El cuidado de custodia es atención recibida en un hogar de ancianos, hospicio, o en otra instalación cuando no se requiere atencieon médica especializada o de enfermería especializada. El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.
* Los servicios domésticos incluyen ayuda básica del hogar, incluyendo tareas simple del hogar o preparación de comidas ligeras.
* Cargos cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.
* Comidas entregadas a su casa.
* Los procedimientos electivos o servicios voluntarios estéicos (incluyendo la pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, propósitos cosméticos, antivejecimiento, y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
* Cirugía o procedimientos cosméticos, a menos que, debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con malformaciones. Sin embargo, todas las etapas de reconstrucción están cubiertas para un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
* Cuidado dental de rutina, tales como limpiezas, empastes o dentaduras postizas. Sin embargo, el cuidado dental no rutinario requerido para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como paciente interno o ambulatorio.
* Atención quiropráctica, excepto la manipulación manual de la columna consiente con las pautas de cobertura de Medicare.
* Cuidado de los pies de rutina, excepto por la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare.
* Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de una pierna ortopédica y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico o que los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético.
* Dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
* Los exámenes de rutina de audición, audifonos o exámenes para instalar los aparatos auditivos.
* Anteojos, exámenes oculares de rutina, queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia visual y diferente ayuda de baja visión. Sin embargo, los anteojos están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.
* *[MA-PD plans can exclude this bullet]* Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
* Reversión de procedimientos de esterilización, operaciones de cambio de sexo y suministros anticonceptivos sin receta.
* Acupuntura..
* Servicio de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).
* Servicios proporcionados a veteranos en los Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando los servicios de emergencia se reciben en un hospital de VA y el costo-compartido de VA es mayor que el costo-compartido de nuestro plan, le reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los miembros siguen siendo responsables de nuestros montos de costo-compartido.

El plan no cubrirá los servicios excluidos enumerados anteriormente. Incluso si usted recibe los servicios en un centro de emergencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos.

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

## Capítulo 5. Utilización de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 99

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D 99

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D 100

SECCIÓN 2 Llene su receta en una farmacia de la red [*insert if applicable:* oa través del servicio de pedido por correo del plan] 100

Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, utilice un farmacia de la red 100

Sección 2.2 Cómo encontrar las farmacias de la red 101

Sección 2.3 Utilizando el servicio de envío por correo del plan 102

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos? 104

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan? 105

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan 106

Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 106

Sección 3.2 Existen *[insert number of tiers]* “niveles de costo-compartido” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos 107

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos? 107

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 108

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 108

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 108

Sección 4.3 ¿Alguna de esta restricciones se aplica a sus medicamentos? 109

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto? 110

Sección 5.1 Existen cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera de la que le gustaría que estuviese cubierto 110

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de alguna manera? 111

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo-compartido que usted considera demasiado alto? 114

SECCIÓN 6 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de unos de sus medicamentos? 115

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 115

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de uno de los medicamentos que está tomando? 115

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 116

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 116

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de membresía del plan al surtir una receta 118

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía 118

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted? 118

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 119

Sección 9.1 ¿Qué ocurre si está en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan? 119

question mark. **¿Sabía usted que hay programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?**



[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Existen programas para ayudar a las personas on recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica; *OR* El programa “Ayuda Adicional” ayuda a personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos.] Para más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

**¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si usted está en un programam que ayuda a pagar por sus medicamentos, **alguna información en esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos de la Parte D de medicamentos recetados** [*insert as applicable:* **pueda no** *OR* **no**] **aplicarse a usted.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider]* Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *OR* le enviamos] un documento separado llamado la “Evidencia de Cobertura para Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos” (también conocido como Cláusula de Subsidio Por Bajos Ingresos” o la “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, por favor llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. (Números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica la reglas para utilizar su cobertura de medicamentos de Parte D.** El siguiente capítulo le informa cuánto debe pagar por sus medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo qué usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, *[insert 2015 plan name]* también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan:

* El plancubre medicamentos que se le administran durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo qué está cubierto y lo qué paga usted)* le informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos durante una hospitalización o estadía en un centro de enfermería especializada cubierta.
* Medicare Parte B también proporciona beneficios para algunos medicamentos. Medicamentos de la Parte B incluyen ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo qué está cubierto y lo qué usted paga)* le informa sobre sus beneficios y costos para los medicamentos de la Parte B.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos bajo los beneficios de la Parte D del plan.

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

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas reglas básicas:

* Usted debe tener un proveedor (un médico u otra persona autorizada) para dar recetas.
* Por lo general, usted debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Dede surtir sus recetas en una farmacia de la red* [*insert if applicable:* *or through the plan’s mail-order service*]*.*)
* Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (nosotros la llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar) del plan. (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de Medicamentos” del plan*.)
* Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por razones médicas. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca una indicación aceptada por razones médicas.)

### SECCIÓN 2 Llene su receta en una farmacia de la red [*insert if applicable:* oa través del servicio de pedido por correo del plan]

#### Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, utilice un farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas stán cubiertas sólo si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera-de-la-red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para porpocionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos del plan*.*

[*Include if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its networks*: Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costo-compartido estándar y farmacias que ofrecen costo-compartido preferido. Usted puede ir a cualquiera de estos tipos de farmacias de la red para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Su costo-compartido puede ser menor en las farmacias con un costo-compartido preferido.]

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

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de Farmacias,* visite nuestra página de Internet (*[insert URL]*), o llame a Servicios para Miembros(los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). Elija lo que sea más fácil para usted.

Usted puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. [*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its network:* Sin embargo, sus costos pueden ser mucho menos por sus medicamentos cubiertos si usted utiliza una farmacia de la red que ofrece costo-compartido preferido en lugar de una farmacia de la red que ofrece costo-compartido estándar. El *Dierctorio de Farmacia* le dirá cuál de las farmacias de la red ofrece costo-compartido preferido.] *[Plans in which members do not need to take any action to switch their prescriptions may delete the following sentence]* Si usted cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita volver a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede pedir [*insert if applicable:* ya sea que una receta nueva sea escrita por un rpoveedor o] transferir su receta a la farmacia nueva de la red.

¿Qué ocurre si la farmacia que ha estado utilizando deja la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando deja la red del plan, tendrá que encontrar una farmacia nueva que esté en la red. [*Insert if applicable:* O si la farmacia que ha estado utilizando se queda en la red pero ya no está ofreciendo costo-compartido preferido, es posible que desee cambiar a otra farmacia] Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros (los números telefónicos estan impresos en la contraportada de este folleto) o use el *Directorio de Farmacias.* [*Insert if applicable:* También puede encontrar información en nuestra página de Internet *[insert website address].*]

¿Qué ocurre si necesita una farmacia especializada?

A veces las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

* Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. *[Plans may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que suplen medicamentos para residentes de una institución de cuidado extendido (LTC). Por lo general, un centro de cuidado extendido (tal como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Los residentes puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red. Si la farmacia de su institución de cuidado extendido (LTC) no está en nuestra red, comuníquese con Servicios para Miembros. *[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que sirven a los Servicios de Salud Indígenas/Tribales/Programa de Salud Urbano (no está disponible en Puerto Rico). al harmacies that serve the Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (not available in Puerto Rico). Except in emergencies, only Native Americans or Alaska Natives have access to these pharmacies in our network. *[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que despachan ciertos medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares, o que requieren manejo extraordinario, coordinación de proveedores, o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debe ocurrir con poca frecuencia).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de* Farmacias o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono estan impresos en la contraportada de este folleto).

### Sección 2.3 Utilizando el servicio de envío por correo del plan

*[Omit if the plan does not offer mail-order services.]*

[*Include the following information only if your mail-order service is limited to a subset of all formulary drugs, adapting terminology as needed:* Para ciertas clases de medicamentos, usted puede utilizar los servicios que ofrece el plan para ordenar por correo. Por lo general, los medicamentos que están disponibles por correo son los que usted toma regularmente, para una condición crónica o de tratamiento extendido.] [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de “pedido por correo”** en nuestra Lista de Medicamentos.] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio del plan de pedido por correo están marcados con un asteristico en nuestra Lista de Medicamentos.]

El servicio de pedido por correo de nuestro plan [*insert either:* permite *OR* requiere] que usted pida [*insert either:* ***por lo menos* un suministro de [XX]-días y *no más de* un suministro de [XX]-días** *OR* **un suministro de hasta [XX]-días** *OR* **un suministro de [XX]-días**].

*[Plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing may add language to describe both types of cost-sharing.]*

Para obtener [*insert if applicable:* formularios y] información sobre cómo surtir sus recetas por correo *[insert instructions]*.

Generalmente, un pedido farmacéutico por correo le llegará en no más de [XX] días. *[Insert plan’s process for members to get a prescription if the mail order is delayed.]*

*[Each plan a sponsor offers would fall within one of three categories:*

* *Plan offers no auto delivery program: Option 1 applies--none of the language below should be provided.*
* *Plan offers auto delivery program but sponsor has NOT received an exception from CMS: Sponsor is expected to use language provided in both Options 2A and 2Ai below.*
* *Plan offers auto delivery program and sponsor has received an exception from CMS: Sponsor is expected to use language provided in both Options 2A and 2Aii below).]*

*[****Option 1:*** *Sponsors with no auto delivery program do not provide any of the below]*

[***Option 2A:*** *Sponsors of all plans offering auto-delivery programs insert:* Tenemos un programa opcional de entrega automática][*sponsors may provide the name of the service by inserting:* which is called *[insert name of automatic delivery program]*, *and substituting it as appropriate in the remainder of this section for references to* “pedido por correo” *or, as applicable, to* “minoristas” *pharmacy*] en las que vamos a llenar automáticamente todas las recetas nuevas que su médico nos envíe, así como resurtidos para las recetas que han sido surtidas pero se están agotando.]

*[****Option 2Ai:*** *Plans that have an auto-delivery program but have not received an exception from CMS.]* Si usted se inscribe en nuestro programa opcional de entrega automática, la farmacia del pedido por correo [*sponsors of plans with retail pharmacy-based automatic delivery insert:* y minorista] se pondrá en contacto con usted directamente antes de enviar [*if retail delivery add:* o entregar] para asegurarse de que aún desea cualquier medicamento(s) que está programado para entrega automática. Esto significa que la farmacia del pedido por correo [*insert if applicable* o minorista] se pondrá en contacto con usted antes de envíar [*insert if applicable*: o entregar] cualquier resurtido programado para la entrega automática y también antes de que envíe [*insert if applicable*: o entregue] cualquier receta nueva que ha recibido de su proveedor de atención de laud. Esto le dará una oportnidad para asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo la dosis, cantidad, y forma) y, si es necesario, le permite cancelar o retrasar la orden antes de que se le facture y se envíe [*insert* *if applicable:* o entregue]. Es importante que responda cada vez que su farmacia del pedido por correo [*insert* *if applicable*: o minorista] se comunica con usted para obtener su permiso para prevenir cualquier retraso en el envío [*insert if applicable*: o entrega].

Para que la farmacia del pedido por correo [*insert* *if applicable:* o minorista] pueda comunicarse con usted para confirmar los envíos automáticos antes de que los envíe [*insert* *if applicable*: o entregue], por favor díganos las mejores maneras de comunicarse con usted. *[Sponsors: indicate how members should inform the plan of their communication preference.]* Recuerde, los medicamentos no son enviados de forma automática [*insert* *if applicable:* o entregados] a menos que usted confirme que todavía quiere recibir el pedido.

[***Option 2Aii:*** *Sponsors that have received an exception from CMS for 2015 from the requirement to obtain member consent before each new fill insert the following*:

Si usted se inscribe en nuestro programam de entrega automática, le permite su farmacia del pedido por correo [*insert if applicable:* o minorista] llenar y entregar todas las recetas nuevas que recibe de su proveedor de atención de la salud sin consultar con usted primer. Sin embargo, si usted se inscribe en el programa de entrega automática, la farmacia todavía tendrá que ponerse en contacto con usted antes de enviar cualquier resurtido programado para recibir automáticamente, para asegurarse de que usted todavía necesita ese medicamento.

Usted puede solicitar la entrega automática por *[insert options with specific information on how to apply (call, e-mail, etc.)]*. La solicitud de entregas automáticas de recetas nuevas sólo dura hasta el fin del año del plan (*[insert last date of plan year]*), 2015, y deberá presentar una solicitud nueva cada año y/o cada vez que cambie de planes. Usted puede dejar de recibir la entrega automática en cualquier momento *[insert description of contact method(s)]*. Si recibe medicamentos innecesarios o no deseados a través del programa de envío automático, usted puede ser elegible para un reembolso de la cantidad que haya pagado.]

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

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

[*Insert if applicable:* Cuando obtiene un suministro a largo plazo de medicamentos, su costo-copartido puede ser más bajo.] El plan ofrece [*insert as appropriate:* una manera *OR* dos maneras] para obtener suministros a largo plazo de medicamentos de “mantenimiento” de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular, para una condición médica crónica o de largo plazo.)

1. *[Delete if plan does not offer extended-day supplies through retail pharmacies.]***Algunas farmacias minoristas** en nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. [*Insert if applicable:* Algunas de estas farmacias minoristas [*insert if applicable:* (que ofrecen costo-compartido preferido)] [*insert if applicable:* podrán] están de acuerdo en aceptar el costo-comartido [*insert as appropriate:* más bajo *OR* de pedido por correo] para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento.] [*Insert if applicable:* Otras farmacias minoristas pueden no aceptar el costo-compartido [*insert as appropriate:* más bajo *OR* pedido por correo] para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso usted será responsable por la diferencia en el precio.] Su *Directorio de Farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.]* [*Insert as applicable:* Para ciertos tipos de medicamentos, usted or *OR* Usted] puede utilizar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan. [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary, adapting as needed:* Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de “pedido por correo”** en nuestra Lista de Medicamentos.] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary, adapting as needed:* Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo están marcados con asterisco en nuestra Lista de Medicamentos.] El servicio de pedido por correo de nuestro plan [*insert either:* permite *OR* requiere] que usted pida [*insert either:* ***por lo menos* un suministro de [XX]-días y un suministro de *no más* de [XX]-días *OR* un suministro de hasta [XX]-días *OR* un suministro de [XX]-días.**] Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestro servicio de pedido por correo.

#### Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?

Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

[*Insert if applicable:* Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.] Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera-de-la-red sólo cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera-de-la-red:

* *[Plans should insert a list of situations when they will cover prescriptions out of the network and any limits on their out-of-network policies (e.g., day supply limits, use of mail-order during extended out of area travel, authorization or plan notification).]*

En estas situaciones, **primero consulte a Servicios para Miembros**, para ver si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera-de-la-red, generalmente tendrá que pagar el costo-copartido completo (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Usted puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 le explica cómo debe solicitar al plan que le reembolse.)

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

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

El plan tiene una *“Lista de Medicametos Cubiertos (Formulario)”*. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar.**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprovado la Lista de Medicamentos del plan.

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

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura explicada en este capitulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que *ya sea*:

* aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para la que fue recetado.);
* *-- o –* está respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el DRUGDEX Information System, y el USPDI o su sucesor.)

La Lista de Medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitos disponibles para muchos medicamentos de marca.

[*Insert if applicable:* Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta son menos costosos que los medicamentos recetados y funciona igual de bien. Para obtener más información llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).]

¿Qué *no* está en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

#### Sección 3.2 Existen *[insert number of tiers]* “niveles de costo-compartido” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

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

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de *[insert number of tiers]* niveles de costo-compartido. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel de costo-compartido, más alto será su costo por el medicamento:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

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

La cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo-compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo qué usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte* D)*.*

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

Usted tiene *[insert number]* maneras de averiguarlo:

1. Revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.[*Insert if applicable:* (Por favor tome en cuenta: la Lista de Medicamentos que le enviamos incluye información de los medicamentos cubiertos que más usan nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de Medicamentos impresa. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestra página de Internet o comuníquese con Servicios para miembros para averiguar si lo cubrimos.)]
2. Visite la página de Internet del plan (*[insert URL]*). La Lista de Medicamentos de la página de Internet siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)
4. *[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the Drug List.]*

### SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

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

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a nuestros miembros usar los medicamentos de la manera más eficaz. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que mantiene su cobertura de medicamentos más asequible.

Por lo general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento de menor costo funcione médicamente tan bien como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están para alentarlo a usted y a su proveedor a utilizar la opción de menor costo. También tenemos que cumplir con las regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y costo-compartido.

**Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si usted desea que eliminemos la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisiones de cobertura y solicitar que hagamos una excepción. Podemos o no acceder a no aplicar la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para información sobre cómo solicitar excepciones.)

Por favor tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez un nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a diferentes restricciones o costos-compartidos que pueden aplicar en función de factores como la dosis, la cantidad, o forma del medicamento recetado por su médico (por ejemplo, 10 mg comparado a 100 g, uno por día en comparación a dos por día; tableta en comparación a líquido).

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

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Las secciones a continuación le dicen más sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

*[Plans should include only the forms of utilization management used by the plan]*

Restricción de medicamentos de marca cuando existe una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca, pero cuesta menos. [*Insert as applicable:* **En la mayoría de los casos, cuando** OR **Cuando**] **una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor [*insert as applicable:* nos ha informado de la razón médica por cual el medicamento genérico no funcionará para usted *OR* ha escrito “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca *OR* nos ha informado la razón médica por cual el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos para el tratamiento de la misma condición que usted no funcionarán], entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico.)

Obtener la aprobación del plan por adelantado

For certain drugs, you or your provider need to get approval from the plan before we will agree to cover the drug for you. This is called “**prior authorization**.” Sometimes the requirement for getting approval in advance helps guide appropriate use of certain drugs. If you do not get this approval, your drug might not be covered by the plan.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos pero igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede requerir que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un mediamento diferente se denomina **“terapia escalonada.”**

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede tener. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantiad de suministros que puede recibir, o la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que puede tomar sólo una pastilla por día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día. certain drugs, we limit the amount of the drug that you can have.

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

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, conslute la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizda, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestra página de Internet (*[insert URL]*).

**Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrá que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si existe una restricción para en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicios para Miembros para conocer lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si usted desea que eliminemos la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisiones de cobertura y solicitar que hagamos una excepción. Podemos o no acceder a no aplicar la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para información sobre cómo solicitar excepciones.)

### SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto?

#### Sección 5.1 Existen cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera de la que le gustaría que estuviese cubierto

Supongamos que hay un medicamento recetado que usted está tomando actualmente o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar. Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero es posible que pueda tener un problema. Por ejemplo:

* **¿Qué pasa si el medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan?** Por ejemplo, el medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento está cubierta pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
* **¿Qué pasa si el medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones de cobertura adicionales para dicho medicamento?** Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, [*delete if plan does not have step therapy:* se le podría requerir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de que el medicamento que desea tomar esté cubierto para usted.] [*Delete if plan does not have quantity limits:* O podría haber límites en la cantidad del medicamento (número de pastillas, etc) que se cubre durante un período de tiempo determinado.] En algnos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted. Por ejemplo, [*delete if plan does not have step therapy:* podría querer que cubramos cierto medicamentos para usted sin tener que probar otros medicamentos primero.] [*Delete if plan does not have quantity limits:* O puede querer que cubramos más de un medicamento (cantidad de pastillas, etc) de lo que normalmente cubrimos.]
* **[*Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions*] ¿Qué pasa si el medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo-compartido que hace que su costo-compartido más costoso de lo que debería ser?** El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los *[insert number of tiers]* niveles diferente de costo-compartido. La cantidad que usted paga por su receta depende en parte del nivel de costo-compartido donde se encuentre su medicamento.

Hay coasa que puede hacer si su medicamento no está cubierto como usted quisiera. [*Delete next sentence if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions*] Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

* Si su medicamnto no está en la Lista de Medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para ver qué puede hacer.
* [*Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions*] Si su medicamento está en un nivel de costo-compartido que lo hace más caro de lo que usted considera razonable, vaya a la Sección 5.3 para ver qué puede hacer.

#### Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, hay cosas que puede hacer:

* Podría obtener un suministro temporal del medicamento (sólo miembros que se encuentren en ciertas situaciones puede obtener un suministro temporal). Esto les da tiempo a usted y a su proveedor para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que el medicamento sea cubierto.
* Puede cambiar de medicamento.
* Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que suspenda las restricciones del mismo.

Podría obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan le puede ofrecer un sumninistro temporal de un medicamento si el mismo no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de algún modo. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para obtener un suministro temporero, necesita cumplir con los dos requisitos a continuación:

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

* El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de Medicamentos del plan;**
* -- o – el medicamento que ha estado **ahora está restringido de algún modo** (Sección 4 de este capítulo habla sobre las restricciones).

**2. Debe estar en una de las situaciones que se desciben a continuación:**

* *[Sponsors may omit this scenario if the plan allows current members to request formulary exceptions in advance for the following year]* **para los miembros que estuvieron en el plan el año pasado y no residan en una institución de cuidado extendido (LTC):**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros** *[****insert time period (must be at least 90 days)****]* **del año calendario**. Este suministro temporal será por un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]*. Si su receta está escrita para menos días, vamos a permitir varios resurtidos que proporcionan hasta un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]* de medicación. La receta tiene que ser surtida en una farmacia dentro de la red.

* **Para aquellos miembros que son nuevos al plan y no residan en una institución de cuidado extendido (LTC):**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros** *[****insert time period (must be at least 90 days)****]* **de su membresía** en el plan. Este suministro temporal será por un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]*. Si su receta está escrita para menos días, vamos a permitir varios resurtidos que proporcionan hasta un máximo de *[insert supply limit* *(must be at least a 30-day supply)]* de medicación. La receta tiene que ser surtida en una farmacia dentro de la red.

* **Para aquellos miembros que estuvieron en el plan el año pasado y no residan en una institución de cuidado extendido (LTC):**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros** *[****insert time period (must be at least 90 days)****]* **de su membresía** en el plan. Este suministro temporal será por un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply depending on the dispensing increment)]*. Si su receta está escrita para menos días, vamos a permitir varios resurtidos que proporcionan hasta un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 91-day supply)]* de medicación. (Por favor tenga en cuenta que la farmacia de cuidado extendido puede proporcionar el medicamento en cantidades pequeñas para evitar desperdicio.)

* **Para aquellos miembros que son nuevos al plan y residan en una institución de cuidado extendido (LTC):**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros** *[****insert time period (must be at least 90 days)****]* **de su membresía** en el plan. Este suministro temporal será por un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply depending on the dispensing increment)]*. Si su receta está escrita para menos días, vamos a permitir varios resurtidos que proporcionan hasta un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 91-day supply)]* de medicación. (Por favor tenga en cuenta que la farmacia de cuidado extendido puede proporcionar el medicamento en cantidades pequeñas para evitar desperdicio).

* **Para aqellos miembros que han estado con el plan pro más de** *[****insert time period (must be at least 90 days)****]* **y residan en una institución de cuidado extenso (LTC) y necesitan suministro de inmediato:**

Cubrimos un suministro de *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* o menos si su receta fue escrita para menos días. Esto es adicional al suministro de transición de cuidado extenso mencionado anteriormente.

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

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el timepo que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporall se termine. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual. Las secciones a continuación le dicen más sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Quisas existe otro medicamento cubierto por el plan que le funcione igual de bien. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar la lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor identifique un medicamento cubierto que podría ser igual de efectivo para usted. (Los números de teléfonos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustraía que sea cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento aúnque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

*[Plans that allow current members to receive a temporary supply instead, may omit the following paragraph]* Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna forma para el próximo año, le permitimos solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de su prescriptor). Si aprobamos su solicitud, le autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer. Allí se explica los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

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

*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this sentence]* Si su medicamento está en un nivel de costo-compartido que usted cree es demasiado alto, estás son cosas que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Quisas existe otro medicamento cubierto por el plan que le funcione igual de bien. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar la lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor identifique un medicamento cubierto que podría ser igual de efectivo para usted. (Los números de teléfonos de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this section]* Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer. Allí se explica los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

[*Insert if applicable:* Los medicamentos en algunos de nuestros niveles de costo-compartido no son elegibles para este tipo de excepción. No dismiuimos la cantidad del costo-compartido para los medicamentos en *[insert tier name(s)]*.]

### SECCIÓN 6 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de unos de sus medicamentos?

#### Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoriía de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, el plan puede hacerle muchos tipos de cambios a la Lista de Medicamentos a través del año. Por ejemplo, el plan podría:

* **Añadir o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Hay medicamentos nuevos disponibles, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno ha aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces se retira un medicamento y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.
* *[Plans that do not use tiers may omit]* **Mover un medicamento a un nivel de costo-compartido más alto o más bajo.**
* **Añadir o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para más información sobre restricciones de cobertura, consulte la Sección 5 de este capítulo).
* **Reemplacar un medicamento de marca con uno genérico.**

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

#### Sección 6.2 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de uno de los medicamentos que está tomando?

¿Cómo sabrá si ha cambiado la cobertura de un medicamento que está tomando?

Si la cobertura *de un medicamento que está tomando cambia,* el plan le enviará una notificación para avisarle. Normalmente, **le avisaremos por lo menos 60 días antes.**

De vez en cuando, un medicamento es **repentinamente retirado** porque se ha establecido que no es seguro o por otras razones. Si esto sucede, el plan lo eliminará de la Lista de Medicamentos inmediatamente. Le comunicaremos el cambio inmediatamente. Su proveedor también se enterará del cambio y le ayudará a busar otro medicamento para su condición.

¿Le afectarán de inmediato los cambios a la cobertura de medicamentos?

Si cualquiera de los siguientes tipos de cambios afectan un medicamento que está tomando, el cambio no le afectará hasta el 1 de enero del próximo año, si permanece en el plan:

* *[Plans that do not use tiers, may omit]* Si trasladamos su medicamento a un nivel más alto de costo-compartido.
* Si establecemos una nueva restricción en el uso del medicamento.
* Si eliminamos el medicamento de la Lista de Medicamentos, pero no por una retirada repentina ni porque haya sido reemplazado por un medicamento genérico nuevo.

Si cualquiera de estos cambios sucede con un medicamento que está tomando, el cambio no afectará su uso o su porción del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá aumento en sus pagos o restricciones adicionales en el uso de su medicamento. Sin embargo, los cambios sí le afecterán el 1 de enero del próximo año.

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

* Si **un medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento nuevo genérico,** el plan debe notificarle por lo menos 60 días antes o darle una repetición de su medicamento de marca durante 60 días en una farmacia de la red.
  + Durante este período de 60-días, usted y su proveedor deben estar trabajando para cambiar a una versión genérica o a otro medicamento que cubramos.
  + O usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y siga cubriendo su medicamento de marca. Para información sobre cómo solicitar una excepción, conslute el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja)).*
* Recuerde, si un medicamento es **repentinamente retirado** porque se ha establecido que no es seguro o por otras razones, el plan eliminará el medicamento de la Lista de Medicamentos inmediatamente. Le avisaremos sobre este cambio inmediatamente.
  + Su proveedor también se enetará del cambio, y le puede ayudar a buscar otro medicamento para su condición.

### SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

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

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluido, deberá pagarlos de su bolsillo. No pagaremos por los medicamentos que se indican en esta sección [*insert if applicable:* (excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos dentro de nuestra cobertura de medicamentos mejorados)]. La única excepción: si el medicamento solicitado se encuentra bajo apelación, como un medicamento que no está excluido bajo la Parte D y que deberíamos haver pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para más información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Seccion 6.5 de este folleto.)

Estas son tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

* La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo Parte A o Parte B de Medicare.
* Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Normalmente, nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de etiqueta. “uso fuera de etiqueta” es cualquier uso de medicamento fuera de los indicados en la etiqueta sgún aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos.
  + Por lo general, la cobertura para “uso fuera de etiqueta” se permite sólo cuando el uso se apoya en ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el DRUGDEX Information System, y el USPDI o su sucesor. Si el uso no está apoyado por ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir el “uso fuera de etiqueta”.

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare [*Insert if applicable:* (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos enumerados a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorados, en el cual se le puede cobrar una prima adicional. Se proporciona más información a continuación.)]:

* Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
* Medicamentos cuando se usan para favorecer la fertilidad
* Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
* Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
* Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
* Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject
* Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de pesos o aumento de peso
* Medicamentos para pacientes ambulatorios cuyos fabricantes buscan exigir que las pruebas asociadas o servicios de monitoreo se compren exclusivamente del fabricante como condición de venta

[*Insert if applicable:*  Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare (cobertura de medicamentos mejorados) *[Insert details about the excluded drugs your plan does cover, including whether you place any limits on that coverage.]* La cantidad que usted paga cuando surte una receta para estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de Cobertura Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófia se describe en el Capítulo 6, Sección 7 de este folleto.)]

[*Insert if plan offers coverage for any drugs excluded under Part D:* In addition, if you are **receiving “Extra Help” from Medicare** to pay for your prescriptions, the “Extra Help” program will not pay for the drugs not normally covered. (Please refer to the plan’s Drug List or call Member Services for more information. Phone numbers for Member Services are printed on the back cover of this booklet.) However, if you have drug coverage through Medicaid, your state Medicaid program may cover some prescription drugs not normally covered in a Medicare drug plan. Please contact your state Medicaid program to determine what drug coverage may be available to you. (You can find phone numbers and contact information for Medicaid in Chapter 2, Section 6.)]

[*Insert if plan does not offer coverage for any drugs excluded under Part D:* **If you receive “Extra Help” paying for your drugs**, your state Medicaid program may cover some prescription drugs not normally covered in a Medicare drug plan. Please contact your state Medicaid program to determine what drug coverage may be available to you. (You can find phone numbers and contact information for Medicaid in Chapter 2, Section 6.)]

### SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de membresía del plan al surtir una receta

#### Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando usted muestra su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan *nuestra* parte del costo del medicamento recetado cubierto. Usted tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

#### Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?

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

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

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

#### Sección 9.1 ¿Qué ocurre si está en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan?

Si es admitido a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que éstos cumplan con todas nuestras reglas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo qué usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D)* le ofrece más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

**Por favor tenga en cuenta:** Al ingresar, vivir, o dejar un centro de enfermería especializada, tiene derecheo a un período de inscripción especial. Durante este período de tiempo, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Cómo finalizar su membresía en el plan,* le informa cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en un plan de Medicare diferente.)

#### Sección 9.2 ¿Qué ocurre si usted es un residente en una institución de cuidado prolongado?

Normalmente, una institución de cuidado prolongado (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia, o una farmacia que provee medicamentos para todos sus residentes. Su usted es un residente de una institución de cuidado prolongado, usted puede obtener sus medicamentos de prescripción a través de la farmacia de la institución mientras sea parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de Farmacia* para averiguar si la farmacia de suinstitución de cuidado prolongado es parte de nuestra red. Si no lo es, o si requiere más información, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

¿Qué ocurre si usted es un residente de una institución de cuidado prolongado y se afilia al plan por la primera vez?

Si usted requiere una medicamento que no está entre nuestra lista de medicamentos o está restringida de algún modo, el plan cubrirá un **abastecimiento provisional** de su medicamento durante el primer *[insert time period (must be at least 90 days)]* de su membrecía. El abastecimiento total será un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 91-day supply and up to a 98-day supply)]*, o menos si su receta está escrita para menos días. (Por favor tenga en cuenta que la farmacia de cuidado prolongado puede proveer el medicamento en menores volúmenes cada vez para evitar desperdicios.)

Si usted ha sido un miembro del plan por más de *[insert time period (must be at least 90 days)]* y necesita un medicamento que no está entre nuestra lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, nosotros cubriremos un *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* abastecimiento, o menos si su receta está escrita para menos días.

Durante el tiempo que usted esté recibiendo un abastecimiento de un medicamento, usted debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su abastecimiento temporal se acabe. Tal vez haya otro medicamento cubierto por el plan que funcione igual de bien para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en el modo que usted prefiere que sea cubierto. Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, Capitulo 9, Sección 6.4 indica que hacer.

#### Sección 9.3 ¿Qué ocurre si usted también está recibiendo cobertura para medicamentos de un empleador o un plan grupal para jubilados?

¿Tiene usted actualmente alguna otra cobertura para medicamentos por intermedio de su (o el de su cónyuge) empleador o de un plan grupal de jubilados? Si es así, por favor contacte **al administrador de ese beneficio de grupo**. Él o ella pueden ayudarle a determinar cómo su cobertura de medicamentos actual funcionara con nuestro plan.

En general, si usted trabaja actualmente, la cobertura de recetas médicas que usted obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o plan grupal de jubilados. Esto significa que su cobertura de grupo pagara primero.

Aviso especial sobre ‘cobertura acreditable’:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debería enviarle un aviso que le indica si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año natural es “acreditable” y las opciones que usted tiene para cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, eso significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que debería pagar, como promedio, por la menos igual que la cubierta estándar de medicamentos recetados de Medicare.

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

### SECCIÓN 10 Programas para la administración y uso seguro de medicamentos

#### Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar sus medicamentos de manera segura

Nosotros realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros miembros, lo que ayuda a asegurarnos que estén obteniendo un cuidado apropiado y seguro. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que le receta medicamentos.

Nosotros hacemos una revisión cada vez que se le despacha una receta. También revisamos nuestros archivos con regularidad. Durante estas evaluaciones analizamos problemas potenciales, como los siguientes:

* Posible errores de medicamento
* Medicamentos que podrían ser innecesarios si ya está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica.
* Medicamentos que resultarían poco seguros y apropiados debido a su edad o género.
* Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarle si los toma a la misma vez.
* Recetas por medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
* Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

Si vemos un problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

#### Sección 10.2 Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) [*insert if plan has other medication management programs:* y otros] programa [*insert if* *applicable:* “s”] para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

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

Nosotros tenemos un programa *[delete “a” and insert “programs” if plan has other medication management programs]*que puede ayudar a nuestros miembros con situaciones especiales. Por ejemplo, algunos miembros padecen de varias condiciones médicas complejas o pueden necesitar tomar muchos medicamentos a la misma vez, o sus medicamentos podrían tener costos muy altos.

Este programa es *[if applicable replace with: These programs are]* voluntario y gratos para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron este programa*[insert if applicable: “s”]* para nosotros. Este programa *[insert if applicable: The programs]*puede ayudarnos a estar seguros de que nuestros miembros estén usando los medicamentos más apropiados para sus condiciones médicas y también a identificar posibles errores de medicación. Nuestro *[if applicable replace with: One]* programa se llama el programa de Manejode Terapia de Medicamentos (MTM). Algunos miembros quienes toman varios medicamentos por ciertas diferentes condiciones médicas pueden reunir las condiciones para entrar en el programa. Su médico uotro profesional del cuidado le darán una revisión amplia de todos sus medicamentos. Usted puede conversar sobre el mejor modo de tomar sus medicamentos, sus costos, o cualquier problema que tenga. Usted recibirá un resumen por escrito de esta comunicación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda que puede hacer para sacarle mejor provecho a sus medicamentos, con espacio para que usted tome notas o escriba cualquier pregunta complementaria que tenga. También recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y porque los está tomando.

Es una buena idea que programe su revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para que pueda conversar con su doctor sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos con usted a su visita o cualquier vez que converse con sus doctores, farmacéuticos, y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos con usted si va al hospital o a la sala de emergencia.

Si tenemos un programa que sea adecuado para sus necesidades, le matricularemos automáticamente en el programa y le mandaremos información. Si usted decide no participar, por favor avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene cualquier pregunta sobre estos programas, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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

## Capitulo 6. Lo que usted paga para sus medicamentos de receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 126

Sección 1.1 Use este capítulo y otros materiales para entender su cobertura de medicamentos 126

Sección 1.2 Tipos de costos que usted podría pagar por sus medicamentos cubiertos 127

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende en cual “etapa de pago de medicamentos” está cuando reciba el medicamento 127

Sección 2.1 ¿Cuales son las etapas de pago de medicamentos para *[insert 2015 plan name]* miembros? 127

SECCION 3 Nosotros le enviamos reportes que explican los pagos por sus medicamentos y en cual etapa de pago esta 131

Sección 3.1 Nosotros le enviamos un reporte mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (la “Parte D EOB”) 131

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos 131

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus *[insert drug tiers if applicable]* medicamentos 132

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que paga *$[insert deductible amount]* por sus *[insert drug tiers if applicable]* medicamentos 132

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su porción del costo de sus medicamentos y usted paga su porción 133

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y donde surte su receta 133

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos para un suministro de un medicamento de *un mes* 135

Sección 5.3 Si su médico le receta menos de un mes completo de suministro, usted tal vez no tenga que pagar el costo del mes completo 136

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos a *largo plazo* *(*[*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* –días) para un suministro de un medicamento 137

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa Inicial de Cobertura hasta que su [*insert as applicable:* costo total de medicamentos por el año alcance $*[insert initial coverage limit]* *OR* costos fuera del bolsillo por el año alcancen $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]*] 139

Sección 5.6 Como Medicare calcula sus costos fuera de su bolsillo para medicamentos de prescripción 140

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha de Cobertura, [*insert as appropriate:* usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más de 65% del costo de medicamentos genéricos *OR* el plan cubre alguna cobertura sobre medicamentos] 143

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Brecha de Cobertura hasta que los costos fuera de su bolsillo alcancen $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]* 143

Sección 6.2 De qué manera Medicare calcula los costos fuera de su bolsillo para medicamentos recetados 144

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos 147

Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del ano 147

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales 148

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 148

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba 148

Sección 9.1 Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna 148

Sección 9.2 Puede llamarnos al Departamento de Servicio para Miembros antes de recibir una vacuna 150

SECCIÓN 10 ¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 150

Sección 10.1 ¿Que es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 150

Sección 10.2 ¿Cual es el costo de la multa por inscripción tardía de la Parte D? 151

Sección 10.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa 152

Sección 10.4 ¿Que puede hacer si no está acuerdo con la multa por inscripción tardía? 153

SECCIÓN 11 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos? 153

Sección 11.1 ¿Quien paga una cantidad adicional de la Parte D debido a los ingresos? 153

Sección 11.2 ¿Cual es la cantidad adicional de la Parte D? 153

Sección 11.3 ¿Que puede hacer si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional de la Parte D? 154

Sección 11.4 ¿Que sucede si usted no paga la cantidad adicional de la Parte D? 154

qumark. **¿Sabia usted que hay programas para ayudar a las personas pagar por sus medicamentos?**



[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados pagar por sus medicamentos. Estos incluyen el programa de “Ayuda Extra” y Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica; *OR* El programa de “Ayuda Extra” ayuda a personas con recursos limitados pagar por sus drogas.] Para más información, vea el Capitulo 2, Sección 7.

**¿Actualmente recibe ayuda para pagar por sus medicamentos?**

**Si usted está en un programa que le ayuda pagar por sus medicamentos**, **parte de la información contenida en la Evidencia de Cobertura sobre los costos de recetas medicas de la Parte D** [*insert as applicable:* **podría** *OR* **puede que**] **podría no aplicarse a su caso.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider]*Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *OR* le enviamos] un folleto separado llamado "Evidencia de Cláusula de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar por Recetas Medicas” (conocido como “El Anexode bajo nivel de Ingresos Subvención” o el “Anexo LIS”), lo cual le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, por favor llame a Servicios al Afiliado y pregunte sobre el “Anexo LIS”. (Los números telefónicos para Servicios al Afiliado se encuentran en la contraportada de este manual.)

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Use este capítulo y otros materiales para entender su cobertura de medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que usted debe pagar para sus recetas médicas de la Parte D. Para no complicar las cosas, nosotros nos referimos a “medicamentos” en este capítulo como medicamentos de la Parte D. Como se explica en el Capitulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D – parte de los medicamentos están cubiertos por Medicare de la Parte A o de la Parte B y otros medicamentos son excluidos de la cobertura de Medicare por ley. [*Optional for plans that provide supplemental coverage:* Parte de los medicamentos excluidos puede que sean cubiertos bajo nuestro plan si usted ha comprado cobertura suplementaria de medicamentos].

Para comprender la información de pago que le otorgamos en este Capítulo, necesita saber lo básico de medicamentos cubiertos, donde buscar su receta, y que reglas seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. En estos materiales se explican los conceptos básicos:

* ***La Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Formulario*) del Plan**. Para no complicar las cosas, nos referimos a esto como la “Lista de Medicamentos”.
  + En esta lista de medicamentos, se detallan los medicamentos cubiertos.
  + *[Plans that do not use tiers, omit]* También indica *[insert number of tiers]* en cuáles "niveles de costo compartido" se encuentra el medicamento y si hay restricciones en la cubierta del mismo.
  + Si necesita una copia de la “Lista de Medicamentos”, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual). También puede encontrar nuestra lista de medicamentos en *[insert URL]*. La lista de medicamentos en nuestra página de internet siempre esta actualizada.
* **Capítulo 5 de este manual.** Capitulo 5 le detalla su cobertura de recetas medicas, incluyendo las reglas que debe seguir cuando reciba sus medicamentos cubiertos. Capitulo 5 le indica que tipos de medicamentos no están cubiertos por nuestro plan.
* ***El Directorio Farmacéutico* del Plan** [*insert if applicable:* ***Provider/***].En la mayoría de las situaciones usted debe utilizar una farmacia dentro de la red para recibir sus medicamentos cubiertos (véase Capitulo 5 para los detalles). El [*insert if applicable: Provider/*] *Directorio Farmacéutico*tiene una lista de farmacias dentro de la red del plan*.* También le indica cuales farmacias dentro de nuestra red le pueden otorgar un suministro a largo plazo de un medicamento (como encargar un suministro de 3 meses de una receta).

#### Sección 1.2 Tipos de costos que usted podría pagar por sus medicamentos cubiertos

Para comprender la información de pago que le presentamos en este capítulo, necesita saber sobre los tipos de costos que puede pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se refiere al “costo compartido” y hay tres maneras de las cuales le podría tocar pagar.

* El **“deducible”** es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan pague su parte del costo.
* **“Copago”** se refiere a que usted paga una cantidad fija cada vez que despache un medicamento.
* **“Co-seguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total de un servicio médico.

### SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende en cual “etapa de pago de medicamentos” está cuando reciba el medicamento

#### Sección 2.1 ¿Cuales son las etapas de pago de medicamentos para *[insert 2015 plan name]* miembros?

Como se demuestra en la tabla abajo, hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de recetas medicas bajo *[insert 2015 plan name]*. Cuanto paga usted por un medicamento depende en cuál de las etapas esta en el momento que surte o resurte una receta. *[Plans with no premium delete the following sentence]* Mantenga en cuenta que usted siempre es responsable por su pago mensual del plan no importa la etapa de pago del medicamento.

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

| **Etapa 1**  *Etapa de Deducible Anual* | **Etapa 2**  *Etapa de Cubierta Inicial* | **Etapa 3**  *Etapa de Brecha de Cubierta* | **Etapa 4**  *Etapa de Cubierta Catastrófica* |
| --- | --- | --- | --- |
| [*If plan has a deductible for all tiers insert:* Usted comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta médica del ano.]  Durante esta etapa, **usted paga el costo entero** de su [*insert if applicable:* nombre de marca *OR* *[tier name(s)]*] medicamentos.  Usted permanece en esta etapa hasta que paga $[*insert deductible amount*] por su *[insert if applicable:* nombre de marca *OR* *[tier name(s)]*] medicamentos ($[*insert deductible amount*] es la cantidad de su *[insert if applicable:* nombre de marca *OR* *[tier name(s)]*] deducible).  (Los detalles en Sección 4 de este capítulo.)  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Porque no hay deducible por este plan, esta etapa de pago no le aplica a usted.] | [*Insert if plan has no deductible:* Usted comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta del ano.]  [*Insert if plan has no deductible or a deductible that applies to all drugs:* Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte**.]  [*Insert if plan has a deductible that applies to some drugs:* Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de su [*insert if applicable:* generico *OR* *[tier name(s)]*] medicamentos y **usted paga su parte.**  Después que usted (u otros que pagan por usted) paga su [*insert if applicable:* nombre de marca *OR* *[tier name(s)]*] deducible, los planes pagan su parte de los costos de su [*insert if applicable:* nombre de marca *OR* *[tier name(s)]*] medicamentos y usted paga su parte.  Usted permanece en esta etapa hasta que su total contribuido del ano [*insert as applicable:* **“costos total de medicamentos”** (sus pagos mas cualquier pago del plan de Parte D) alcancen $*[insert initial coverage limit]* *OR* **“gastos de su bolsillo”** (sus pagos) alcancen $ *[insert 2015 out-of-pocket threshold].*] (Los detalles en Sección 5 de este capítulo.) | [*Plans with no gap coverage insert:* Durante esta etapa, usted paga 45% del precio por los medicamentos de marcamas una porción del cargo de despacho) y 65% del precio por medicamentos genéricos.]  [*Plans with generic coverage only in the gap insert:* Por medicamentos genéricos, usted paga *[plans should briefly describe generic coverage (e.g., either a $10 copayment or 65% of the costs, whichever is lower)].* Por medicamentos de marca, usted paga 45% del precio (mas una porción del cargo de despacho).]  *[Plans with some coverage in the gap: insert description of gap coverage using standard terminology.]*  Usted permanece en esta etapa hasta que su total contribuido del ano **“gastos de su bolsillo”** (sus pagos) alcancen un total de $ *[insert 2015 out-of-pocket threshold]*. Esta cantidad y reglas para contar los costos hacia esta cantidad han sido establecidos por Medicare.  (Los detalles en Sección 6 de este capítulo.)  [*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* Porque no hay brecha de cubierta para este plan, esta etapa de pago no le aplica a usted.] | Durante esta etapa, **el plan pagara la mayoría del costo** de los medicamentos por el resto del año natural (hasta el 31 de Diciembre 2015).  (Los detalles en Sección 7 del capítulo.) |

### SECCION 3 Nosotros le enviamos reportes que explican los pagos por sus medicamentos y en cual etapa de pago esta

#### Sección 3.1 Nosotros le enviamos un reporte mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (la “Parte D EOB”)

Nuestro plan lleva la cuenta de los costos de sus recetas medicas y los pagos que haya realizado cuando surte o resurte sus recetas en la farmacia. De esta manera, le podemos indicar cuando usted ha pasado de una etapa de pago de medicamento a la otra. En particular, hay dos tipos de costos de los cuales nosotros llevamos la cuenta:

* Nosotros llevamos la cuenta de cuánto usted ha pagado. Esto se llama “**gastos de su** **bolsillo**”.
* Nosotros llevamos la cuenta de su “**costo total de medicamentos**.” Esta es la cantidad que paga fuera del bolsillo u otros pagan por usted más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan prepara un reporte por escrito llamado la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces se llama la “Parte D EOB”) cuando ha tenido una o más recetas surtidas por el plan durante el mes previo. Esto incluye:

* **Información por ese mes**. Este reporte le otorga los detalles de pago sobre las recetas que ha surtido durante el mes previo. El demuestra los costos totales de medicamentos, lo que el plan pago, y lo que usted y otros pagaron por usted.
* **Totales por el ano desde Enero 1.** Esto se llama información “del año hasta el presente”. Le demuestra los costos totales de medicamentos y pagos totales por sus medicamentos desde que el año comenzó.

#### Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar la cuenta de sus costos de medicamento y los pagos que hace por medicamentos, nosotros utilizamos registros obtenidos de farmacias. Aquí es como usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y al día:

* **Muestre su tarjeta de membrecía al surtir sus medicamentos.** Para asegurarnos que conozcamos sobre las recetas que surte y lo que está pagando, ensene su tarjeta de membrecía cada vez que surte una receta.
* **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Hay ocasiones cuando puede que pague por medicamentos de receta cuando nosotros no podemos automáticamente recibir la información que necesitamos para llevar la cuenta de los gastos de su bolsillo. Para llevar la cuenta de los gastos de su bolsillo, nos puede entregar copias de recibos por medicamentos que ha comprado. (Si a usted se le cobra por un medicamento que está cubierto, puede pedirle a nuestro plan pagar nuestra parte del costo. Para instrucciones de cómo hacer esto, véase al Capitulo 7, Sección 2 de este manual.) Aquí hay algunas situaciones para cuando usted quiera entregarnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarnos que tenemos un registro completo de lo que gasto por sus medicamentos:
* Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia en el red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio medico de nuestro plan.
* Cuando haga un copago por medicamentos provistos bajo un programa de asistencia al paciente por un fabricante de medicamentos.
* Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces en que pague el precio completo por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
* **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los costos fuera de su bolsillo y le permite ser elegible para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por *[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal, un programa de asistencia para los medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se cuentan como costos fuera de su bolsillo. Usted debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar la cuenta de los costos.
* **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (un EOB de la Parte D) por correo, revísela para asegurarse que la información este completa y este correcta. Si considera que falta información en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono están en la contraportada de este manual). *[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

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

#### Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que paga *$[insert deductible amount]* por sus *[insert drug tiers if applicable]* medicamentos

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with:* No hay deducibles para *[insert 2015 plan name].*]

[*Plans with no deductible replace Section 4.1 title with:* Usted no tiene que pagar un deducible por sus medicamentos de la Parte D.]

[*Plans with no deductible replace text below with*: No hay deducible para *[insert 2015 plan name]*. Usted empieza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando al surtir su primer medicamento de prescripción del año. Vea en la Sección 5 para información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.]

La Etapa de Deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. [*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* Esta etapa comienza cuando surte su primer medicamento del año. Cuando está en esta etapa de pago, **usted debe pagar el costo entero de sus medicamentos** hasta alcanzar la cantidad del deducible del plan, que es $*[insert deductible amount]* para 2015.] [*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:* Usted pagara un deducible anual de $*[insert deductible amount]* en *[insert applicable drug tiers]* medicamentos. **Usted debe pagar el costo entero de sus** *[****insert applicable drug tiers****]* **medicamentos** hasta alcanzar la cantidad del deducible del plan. Por todos los otros medicamentos no tendrá que pagar ningún deducible y comenzara a recibir cobertura inmediatamente.]

* Su “**costo entero**” es normalmente menos que el precio entero normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de medicamentos.
* El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por sus medicamentos de prescripción de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su porción del costo.

Una vez que haya pagado $*[insert deductible amount]* por sus *[insert drug tiers if applicable]* medicamentos, usted deja la Etapa del Deducible y sigue a la próxima etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de Cobertura Inicial.

### SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su porción del costo de sus medicamentos y usted paga su porción

#### Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y donde surte su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo que le corresponde por sus medicamentos de prescripción cubiertos, y usted paga lo que le corresponde (su [*insert as applicable:* copago *OR* co-seguro *OR* cantidad de copago o co-seguro]). La parte del costo que le corresponde variara según el medicamento y el lugar donde compra su receta.

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

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

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mas alto será el costo de su medicamento:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

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

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

* *[Plans retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, delete this bullet and use next two bullets instead]* Una farmacia de venta al por menor de la red de nuestro plan.
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia de venta al por menor de la red de nuestro plan que ofrece un costo compartido estándar]
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia de venta al por menor de la red de nuestro plan que ofrece un costo compartido preferido]
* Una farmacia que no pertenece a la red del plan.
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet]* La farmacia de pedido por correo del plan.

Para más información sobre estas opciones de farmacias y como surtir sus recetas, vea el Capitulo 5 de este manual y el *Directorio de Farmacias* del plan*.*

[*Include if plan has network pharmacies that offer preferred cost-sharing:* Generalmente, nosotros cubriremos sus medicamentos de prescripción *only* sison surtidos en una de nuestras farmacias dentro de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen un costo compartido preferido. Usted puede ir a farmacias dentro de la red que ofrecen un costo compartido preferido u otras farmacias dentro de la red que ofrecen un costo compartido estándar para recibir sus medicamentos de prescripción cubiertos. Sus costos pueden ser menores en farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.]

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

*[Plans using only copayments or only coinsurance should edit this paragraph to reflect the plan’s cost-sharing]* Durante la Etapa de Cobertura Inicial, la parte del costo que le corresponde de un medicamento cubierto será un copago o co-seguro.

* **“Copago”** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta médica.
* **“Co-seguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que compra una receta médica.

[*Plans that do not use drug tiers, omit]* Como se muestra en la siguiente tabla, la cantidad del copago o el co-seguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre el medicamento. Por favor tenga en cuenta:

* *[Plans without copayments omit]* Si sus medicamentos recetados cuestan menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagara el precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *el que sea menor*.
* Cubrimos recetas médicas en farmacias que no pertenecen a la red solo en situaciones limitadas. Vea el Capitulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuando cubriremos una receta médica en una farmacia que no pertenece a la red.

[*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, the chart must include both standard and preferred cost-sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing, sponsors may at their option modify the chart to indicate the different rates. If any columns do not apply to the plan (e.g., preferred cost-sharing or mail order), remove them from the table. The plan may also add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell:* Pedido por correo no está disponible para medicamentos en *[insert tier]*.]

La parte que a usted le corresponde del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto por la parte D de:

| **Nivel** | **Costo compartido estándar de venta al por menor (de la red)**  (hasta *[insert number of days]*-días de suministro) | **Costo compartido preferido de venta al por menor (de la red)**  (hasta *[insert number of days]*-días de suministro) | **Costo compartido de pedido al correo**  (hasta *[insert number of days]*-días de suministro) | **Costo compartido de cuidado a largo plazo**  (hasta *[insert number of days]*-días de suministro) | **Costo compartido fuera de la red**  (Cobertura es limitada en algunas situaciones; vea el Capitulo 5 para detalles.) (hasta *[insert number of days]*-días de suministro) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de costo compartido**  (*[insert description (e.g., generic drugs)]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |

#### Sección 5.3 Si su médico le receta menos de un mes completo de suministro, usted tal vez no tenga que pagar el costo del mes completo

Típicamente, usted paga un co-pago para cubrir un suministro de un mes complete de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar menos de un mes de suministro de su medicamento. Puede haber tiempos en los cuales le quiera pedir a su médico que le recete menos de un mes completo de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando usted esté tratando un medicamento por primera vez que sabe que tiene efectos secundarios). Si su médico está de acuerdo, usted no tendrá que pagar por el mes completo de suministro de ciertos medicamentos.

La cantidad que usted paga cuando usted recibe menos de un mes completo de suministro dependerá en si usted es responsable en pagar el co-seguro (un porcentaje del costo total) o un co-pago (una cantidad monetaria que es fija).

* Si usted es responsable del co-seguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independiente de si la receta es por un mes completo de suministro o por menos días. Sin embargo, dado a que el costo completo será menos si usted recibe menos de un mes completo de suministro, la *cantidad* que usted paga será menos.
* Si usted es responsable por un co-pago de un medicamento, su co-pago será basado en el número de días del medicamento que usted reciba. Nosotros calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la “tarifa diaria de costos compartidos”) y lo multiplicamos por el número de días del medicamento que reciba.
  + *[If the plan’s one month’s supply is not 30 days, edit the number of days in and the copay for a full month’s supply. For example, if the plan’s one-month supply is 28 days, revise the information in the next two bullets to reflect a 28-day supply of drugs and a $28 copay.]* Aquí está un ejemplo: Si el copago de su medicamento por un mes completo (un suministro de 30 días) es $30. Esto significa que la cantidad que usted paga por día para su medicamento es $1. Si usted recibe un suministro de de medicamento de 7 días, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de $7.
  + Usted no debería tener que pagar más por día simplemente porque usted empieza con menos de un mes complete de suministro. Hay que regresar al ejemplo anterior. Si usted y su médico están de acuerdo que el medicamento está trabajando bien y que usted debería continuar tomando el medicamento después de agotar su suministro de 7 días. Si usted recibe una segunda receta por el resto del mes, o 23 días más el medicamento, usted todavía pagara $1 por día, o $23. Su costo total para el mes será $7 por su primera receta y $23 por su segunda receta, para un total de $30-lo mismo que el copago seria para un suministro de un mes completo.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de que usted tenga que pagar por un suministro de un mes entero.

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

*[Plans that do not offer extended-day supplies delete Section 5.4.]*

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como “suministro extendido”) al surtir su receta médica. Un suministro a largo plazo es [*insert if applicable:* hasta] un suministro de *[insert number of days]*-días. (Si desea detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, vea al Capitulo 5, Sección 2.4).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]*- dias)de un medicamento.

* *[Plans without copayments omit]* Por favor tenga en cuenta: Si sus medicamentos recetados cubiertos cuestan menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagara el precio menor del medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *el que sea menor*.

[*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, the chart must include both standard and preferred cost-sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing, sponsors may at their option modify the chart to indicate the different rates. If any columns do not apply to the plan (e.g., preferred cost-sharing or mail-order), remove them from the table. The plan may also add or remove tiers as necessary. If mail-order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell:* Pedido por correo no está disponible para medicamentos en *[insert tier]*.]

[*Plans must include all of their tiers in the table. If plans do not offer extended-day supplies for certain tiers, the plan should use the following text in the cost-sharing cell:* Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en *[insert tier]*.]

La parte del costo que a usted le corresponde cuando recibe un suministro a *largo plazo* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D de:

| **Nivel** | **Costo compartido estándar de farmacia al por menor (en la red)** ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]*-días de suministro) | **Costo compartido preferido de farmacia al por menor (en la red)**  ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]*-días de suministro) | **Costo compartido de pedido por correo** ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]*-días de suministro) |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de Costo Compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de Costo Compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de Costo Compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de Costo Compartido**  (*[insert description]*) | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* | *[insert copay/ coinsurance]* |

#### Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa Inicial de Cobertura hasta que su [*insert as applicable:* costo total de medicamentos por el año alcance $*[insert initial coverage limit]* *OR* costos fuera del bolsillo por el año alcancen $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]*]

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos recetados de los que recibió un suministro o reposición alcance el **$***[****insert initial coverage limit****]* **límite para la Etapa de Cobertura Inicial**.

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted pago y lo que pago cualquier plan de la Parte D:

* **Lo que usted pago** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula los costos fuera de su bolsillo.) Esto incluye:
  + *[Plans without a deductible, omit]* Los $*[insert deductible amount*] que pago cuando estuvo en la Etapa de Deducible.
  + El total que pago como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura.
* **Lo que el plan pago** como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en algún momento durante 2015, la cantidad que el plan pago durante la Etapa de Cobertura Inicial también se tiene en cuenta para sus costos totales de medicamentos.)

[*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que su total en costos fuera de su bolsillo alcancen $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]*. Medicare tiene reglamentos sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus costos fuera de su bolsillo. (Consulte la Sección 5.5 para más información sobre como Medicare cuenta sus costos fuera de su bolsillo.) Cuando usted alcanza un límite fuera de su bolsillo $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]*, usted deja la Brecha de la Cobertura Inicial y sigue a la Etapa de Cobertura Catastrófica.]

[*Insert if applicable:* Nosotros ofrecemos cobertura adicional en ciertos medicamentos recetados que normalmente no son cubiertos en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Los pagos hechos hacia estos medicamentos no contaran hacia su [*insert if plan has a coverage gap:* limite de cobertura inicial o] costo total fuera de su bolsillo. [*Insert only if plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs:* También proveemos algunos medicamentos sin receta exclusivamente para su uso. Estos medicamentos sin receta están provistos para usted sin costo a usted.] Para averiguar cuáles medicamentos están cubiertos por nuestro plan, consulte a su formulario.]

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudara a llevar un registro de cuanto gastaron usted y el plan, como también terceras entidades, para sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit]* *OR* $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]*] limite en un año.

Le informaremos si usted alcanza esta [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit] OR* $ *[insert 2015 out-of-pocket threshold]*] cantidad. Si usted alcanza esta cantidad, usted dejara la Etapa de Cobertura Inicial y seguirá a la [*insert as applicable:* Etapa de Brecha de Cobertura *OR* Etapa de Cobertura Catastrófica.]

#### Sección 5.6 Como Medicare calcula sus costos fuera de su bolsillo para medicamentos de prescripción

*[Plans no additional coverage gap: insert Section 5.6]*

Medicare tiene reglamentos sobre que cuenta y que *no* cuenta como sus costos fuera de su bolsillo. Cuando alcanza un límite fuera de su bolsillo de $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]*, usted deja la Etapa de Cobertura Inicial y sigue a la Etapa de Cobertura.

Estos son los reglamentos de Medicare que debemos seguir cuando llevamos la cuenta de sus costos fuera de su bolsillo para sus medicamentos.

**Estos pagos están incluidos en sus costos fuera de su bolsillo**

Al realizar la suma de los costos fuera de su bolsillo, **puede incluir** los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capitulo 5 de este manual):

* La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  + *[Plans without a deductible, omit]* La Etapa de Deducible.
  + La Etapa de Cobertura Inicial.
* Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quien paga:

* Si **usted** mismo realiza los pagos, estos se incluyen en los costos fuera de su bolsillo.
* Estos pagos *también se incluyen* si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones.** Esto incluye pagos por sus medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que es calificado por Medicare, o por el Servicio de Salud para indígenas. Además, se incluyen los pagos del Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
* Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Medicare de Descuentos durante la Brecha de Cobertura. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o las personas que pagan en su nombre) han gastado un total de $ *[****insert 2015 out-of-pocket threshold****]* en costos fuera de su bolsillo en un año calendario, pasara de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

**Estos pagos no están incluidos en los costos fuera de su bolsillo**

Al realizar la suma de los costos fuera de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos por medicamentos recetados:

* *[Plans with no premium, omit]* La cantidad que paga por su prima.
* Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
* Los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Los medicamentos que no forman parte de la Parte D, incluyendo medicamentos de prescripción cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
* Los pagos que usted hace hacia los medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura adicional pero que no están cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
* [*Insert if applicable:* Los pagos que usted hace hacia los medicamentos recetados que no están cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.]
* Los pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la Brecha de Cobertura.
* Los pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupal incluyendo planes de salud del empleador.
* Los pagos por sus medicamentos que realizan algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
* Los pagos de sus medicamentos realizados por una tercera entidad con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

*Recordatorio:*Si alguna otra organización, como las que se mencionan antes, paga parte o todos los costos fuera de su bolsillo por medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame a los Servicios al Afiliado para informarnos (los números de teléfono están en la contraportada de este manual).

*Como puede llevar un registro del total de los costos fuera de su bolsillo?*

* **Le ayudaremos**. El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos fuera de su bolsillo (Sección 3 de este capitulo le explica sobre este informe). Cuando alcanza un total de $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]* en costos fuera de su bolsillo durante el año, este informe le indicara que usted salió de la Brecha de Cobertura y paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Asegúrese de que tengamos la información necesaria**. La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a asegurarnos de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

### SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha de Cobertura, [*insert as appropriate:* usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más de 65% del costo de medicamentos genéricos *OR* el plan cubre alguna cobertura sobre medicamentos]

#### Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Brecha de Cobertura hasta que los costos fuera de su bolsillo alcancen $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]*

[*Plans with no additional coverage gap replace Section 6 title with:* No hay brecha de cobertura para *[insert 2015 plan name].*]

[*Plans with no additional coverage gap replace Section 6.1 title with:* Usted no tiene una brecha de cobertura para sus medicamentos de la Parte D.]

[*Plans with no additional coverage gap replace text below with*: No hay una brecha de cobertura para *[insert 2015 plan name]*. Una vez que deje la Etapa de Cobertura Inicial, usted pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte Sección 7 para más información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Catastrófica.]

*[Plans with some coverage in the gap, revise the text below as needed to describe the plan’s coverage.]*

Cuando usted se encuentra en la Brecha de Cobertura, el Programa de descuentos durante la brecha de cobertura proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga 45% del precio negociado (excluyendo la tarifa de suministro y administración de vacuna, si existen) para los medicamentos de marca. La cantidad que usted paga y la cantidad descontado por el fabricante cuentan para los costos fuera de su bolsillo como si hubiera pagado esa cantidad y le ayuda a pasar la brecha de cobertura.

Usted también recibe alguna cobertura de medicamentos genéricos. Usted paga no más de 65% del costo para medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (35%) no cuenta hacia sus costos fuera de su bolsillo. Solamente la cantidad que paga cuenta y le ayuda a pasar la brecha de cobertura.

Usted continua pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 65% de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total anual de los pagos directos de su bolsillo lleguen a una cantidad máxima establecida por Medicare. En 2015, esa cantidad es $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]*.

Medicare tiene reglamentos sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos fuera de su bolsillo. Cuando usted alcanza un límite de costos fuera de su bolsillo de $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]*, usted deja la Etapa de Brecha de Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

#### Sección 6.2 De qué manera Medicare calcula los costos fuera de su bolsillo para medicamentos recetados

*[Plans with no additional coverage gap: delete Section 6.2]*

Los siguientes reglamentos de Medicare deben ser seguidos por nosotros para llevar un registro de los costos fuera de su bolsillo de sus medicamentos.

**Estos pagos están incluidos en los costos fuera de su bolsillo**

Al realizar la suma de los costos fuera de su bolsillo, **puede incluir** los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capitulo 5 de este manual):

* La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  + *[Plans without a deductible, omit]* La Etapa de Deducible.
  + La Etapa de Cobertura Inicial.
  + *[Plans without a coverage gap, omit]* La Etapa de Brecha de Cobertura.
* Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

**Es importante quien paga:**

* Si usted mismo realiza los pagos, estos se incluyen en los costos fuera de su bolsillo.
* Estos pagos también se incluyen si los realizan a su nombre otras personas u organizaciones. Esto incluye pagos por sus medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare, o por el Servicio de salud para indígenas. Además, se incluyen los pagos del Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
* Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Medicare de Descuentos durante el Espacio de Cobertura. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

**Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:**

Cuando usted (o las personas que pagan a su nombre) haya alcanzado un total de $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]* de costos fuera de su bolsillo en un ano calendario, pasara de [*insert as applicable:* la Etapa de Cobertura Inicial *OR* la Etapa de Brecha de Cobertura] a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

**Estos pagos no están incluidos en los costos fuera de su bolsillo**

Al realizar la suma de los costos fuera de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos por medicamentos recetados:

* *[Plans with no premium, omit]* La cantidad que paga por su prima mensual.
* Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
* Los medicamentos que recibe una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Medicamentos que no sean de la Parte D, incluyendo medicamentos de prescripción cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de cobertura por Medicare.]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
* Los pagos que usted hace hacia los medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura adicional pero que no están cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.]
* [*Insert if applicable:* Los pagos que usted hace hacia los medicamentos recetados que no están cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.]
* Los pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos mientras se encuentra en la Brecha de Cobertura.
* Los pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupal incluyendo planes de salud del empleador.
* Los pagos por sus medicamentos que realizan algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
* Los pagos de sus medicamentos realizados por otra persona con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

*Recordatorio:*Si algunas organizaciones, como las que se mencionaron antes, paga parte o todos los costos fuera de su bolsillo por medicamentos, debe informarlo a nuestro plan. Llame a Servicios al Afiliado para avisarnos (los números de teléfono están en la contraportada de este manual).

¿Cómo puede llevar un registro del total de los costos fuera de su bolsillo?

* **Le ayudaremos**. El informe de la Explicación de Beneficios de la Parte D (Parte D EOB) que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos fuera de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo le explica sobre este informe). Cuando alcanza un total de $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]* en costos fuera de su bolsillo durante el ano, este informe le indicara que salió de [*insert as applicable:* la Etapa de Cobertura Inicial *OR* la Etapa de Brecha de Cobertura]y paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Asegúrese que tengamos la información necesaria**. La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a asegurarnos de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completes y actualizados.

### SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos

#### Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del ano

Usted es elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los costos fuera de su bolsillo han alcanzado el límite de $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]* por el ano calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagara la mayor parte del costo de sus medicamentos.

[*Plans insert appropriate option for your catastrophic cost-sharing:*

*Option 1:*

* **La parte que le corresponde** del costo de un medicamento cubierto será un co-seguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*:
* – *either* – co-seguro del 5% del costo del medicamento.
* – *or* – $*[Insert 2015 catastrophic cost-sharing amount for generics/preferred multisource drugs]* por un medicamento genérico que sea considerado como genérico y $*[insert 2015 catastrophic cost-sharing amount for all other drugs]* para todos los demás medicamentos.
* **Nuestro plan paga el resto** del costo.

*Option 2:*

*[Insert appropriate tiered cost-sharing amounts]*.Nosotros pagamos el resto*.*]

*[If plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit, insert a description of cost-sharing in the Catastrophic Coverage Stage.]*

### SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales

#### Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

*[Optional: Insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the sections above.]*

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

#### Sección 9.1 Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna

Nuestro plan proporciona cobertura para una cantidad de vacunas de la Parte D. Además, cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para averiguar acerca de la cobertura de dichas vacunas, puede consultar la Tabla de beneficios médicos en el Capitulo 4, Sección 2.1.

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

* La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
* La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la aplicación de la vacuna**. (En ocasiones, esto se conoce como la “administración” de la vacuna.)

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

**1. El tipo de vacuna** (para que se le vacuna).

* + Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para averiguar sobre la cobertura de estas vacunas, vea el Capitulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*
  + Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan*.*

**2. Donde recibe el medicamento de la vacuna.**

**3. Quien le aplica la vacuna.**

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

* En ocasiones, cuando recibe una vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y la aplicación de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.
* En otras ocasiones, al recibir el medicamento de la vacuna o la aplicación de la vacuna, solamente pagara la parte del costo que le corresponde.

Para mostrarle como funciona, a continuación se presentan tres maneras habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. [*Insert if applicable:* Recuerde que usted es responsable por todos los costos asociados con vacunas (incluyendo su administración) durante la [*insert as applicable:* Etapa de Deducible *OR* Etapa de Brecha de Cobertura *OR* Etapa de Deducible y Etapa de Brecha de Cobertura] de su beneficio.]

*Situación 1:* Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le aplican la vacuna en la farmacia de la red. (Puede tener esta alternativa según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren las vacunas.)

* Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su [*insert as appropriate:* co-seguro *OR* copago] por la vacuna y el costo de aplicarle la vacuna.
* Nuestro plan pagara el resto del costo.

*Situación 2:* Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

* Al recibir la vacuna, usted pagara el costo completo de la vacuna y la administración.
* Luego, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capitulo 7 de este manual (*Como solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*)*.*
* Se le reembolsara la cantidad que usted pago menos su co-pago normal [*insert as appropriate:* co-seguro *OR* copago] por la vacuna (incluyendo la administración) [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esa diferencia.)]

*Situación 3:* Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico donde se la administran.

* Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su [*insert as appropriate:* co-seguro *OR* copago] por la vacuna en sí.
* Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagara el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capitulo 7 de este manual.
* Se le reembolsara la cantidad que el médico le cobre por la administración de la vacuna [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que normalmente pagamos. (Si esta en el programa de “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esa diferencia.)]

[*Insert any additional information about your coverage of vaccines and vaccine administration.*]

#### Sección 9.2 Puede llamarnos al Departamento de Servicio para Miembros antes de recibir una vacuna

Los reglamentos para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos para ayudarlo. Le recomendamos que primero nos llame al Departamento de Servicio al Afiliado cuando planifique recibir una vacuna. (Los números de teléfono están en la contraportada de este manual.)

* Podemos informarle de que manera nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte del costo que le corresponde.
* [*Full and partial network plans insert:* Podemos informarle de que manera mantener sus propios costos reducidos mediante el uso de proveedores y farmacias de nuestra red.]
* [*Full and partial network plans:* Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle que debe hacer para recibir el pago de la parte del costo que nos corresponde.]

### SECCIÓN 10 ¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

#### Sección 10.1 ¿Que es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

**Note:** Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagara una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que es agregada a su prima de la Parte D. Usted puede deber una multa por inscripción tardía si una vez que su periodo de inscripción inicial haya acabado, pasó un periodo de 63 días consecutivos o más cuando no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura valida de otros medicamentos recetados. (“Cobertura valida de medicamentos recetados” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que page, en promedio, al menos, el mismo monto que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.) La cantidad de la multa dependerá de cuanto se demoro en inscribirse en un plan de cobertura valida de medicamentos recetados en cualquier momento después del final del periodo de inscripción inicial o cuantos meses de calendario completos estuvo sin cobertura valida de medicamentos recetados. Usted tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa es agregada a su prima mensual. *[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the next sentence]* (Miembros que deciden pagar su prima cada tres meses tendran la multa agregada a su prima de tres meses.) Cuando se inscribe primero en *[insert 2015 plan name],* le dejamos saber la cantidad de la multa.

Su multa de inscripción tardía es considerada parte de su prima de plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si usted no paga su multa de inscripción tardía, podría perder sus beneficios sobre medicamentos recetados por no pagar su prima de plan.]

[*Plans with no plan premium, replace the previous two paragraphs with the following language:* Al inscribirse por primera vez en *[insert 2015 plan name],* le informaremos la cantidad de la multa. La multa por inscripción tardía se considera la prima del plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si usted no paga su multa de inscripción tardía, podría perder sus beneficios sobre medicamentos recetados.]]

#### Sección 10.2 ¿Cual es el costo de la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de la siguiente manera:

* En primer lugar, cuente la cantidad de meses completes que demoro en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para la inscripción. O bien, cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo una cobertura valida de medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es de 1% por cada mes que no tuvo cobertura meritoria. Por ejemplo, si permanece 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
* Después, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare del país desde el año anterior. [*Insert EITHER:* Para 2015, la cantidad promedio de la prima fue de $*[insert 2015 national base beneficiary premium]* *OR* Para 2014, la cantidad promedio de la prima fue $*[insert 2014 national base beneficiary premium]*. Esta cantidad puede cambiar en 2015.]
* Para calcular la multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, seria el 14% multiplicado por $*[insert base beneficiary premium]*, lo que equivale a $*[insert amount]*. Esto se redondea a $*[insert amount]*. Esta cantidad sería agregada **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía**.

Existen tres elementos importantes a tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía mensual:

* Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determina Medicare) aumenta, la multa aumentara.
* Segundo, **usted continuara pagando una multa** todos los meses durante el tiempo en que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
* Tercero, si usted tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía volverá a cero cuando cumpla 65. Después de los 65 anos, la multa por inscripción tardía se basara solo en los meses que no tenga cobertura después del periodo inicial de inscripción por envejecimiento en Medicare.

#### Sección 10.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa

Aunque haya demorado la inscripción en un plan que ofrece la cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, en algunas ocasiones no debe pagar la multa por inscripción tardía.

**No pagara la multa de la prima por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:**

* Si ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare la llama “**cobertura valida de medicamentos**.” Por favor tenga en cuenta:
  + La cobertura valida podría incluir la cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato anterior, TRICARE o el Departamento de Asuntos para Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le informara cada ano si su cobertura de medicamentos es cobertura valida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluida en un boletín del plan. Conserve esta información, porque puede que la necesite si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
    - Por favor tenga en cuenta: Si recibe un “certificado de cobertura valida” cuando finaliza su cobertura de salud, es posible que no signifique que su cobertura de medicamentos recetados era válida. La notificación debe afirmar que usted tenia cobertura “valida” de medicamentos recetados que se esperaba que pague la misma cantidad que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
  + Las siguientes *no* son coberturas validas de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios Web de descuento para medicamentos.
  + Para información adicional sobre cobertura valida, por favor consulte el manual *Medicare & You* *2015* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
* Si estuvo sin cobertura valida, pero continuo sin ella durante menos de 63 días consecutivos.
* Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

#### Sección 10.4 ¿Que puede hacer si no está acuerdo con la multa por inscripción tardía?

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía, usted o su representante puede solicitar una revisión de la decisión sobre la multa. Por lo general, puede solicitar la revisión **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la carta que recibe en la que se informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si desea más información sobre cómo hacerlo, llame al Departamento de Servicio al Miembro (los números de teléfono están en la contraportada de este manual).

[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: **Importante:** No deje de pagar su multa de inscripción tardía mientras está esperando por una revisión de la decisión sobre su multa de inscripción tardía. Si lo hace, podría ser desafiliado por no haber pagado sus primas mensuales.]

### SECCIÓN 11 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

#### Sección 11.1 ¿Quien paga una cantidad adicional de la Parte D debido a los ingresos?

La mayoría de las personas pagan una prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son $*[insert amount]* o más para una persona (o personas casadas que reportan impuestos separado) o $*[insert amount]* o más para parejas casadas, usted debe pagar una cantidad adicional por la cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, la Administración del Seguro Social, no su plan Medicare, le enviara una carta informándole cual será la cantidad adicional y como pagarla. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficio de su Seguro Social, Pensión de Retiro del Ferrocarril, o la Oficina de Gerencia de Personal, sin importar la manera en que usted generalmente pague la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que deba. Si su cheque de beneficio no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de medicare. **Usted debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No puede ser pagada con su prima mensual del plan.**

#### Sección 11.2 ¿Cual es la cantidad adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado tal como aparece en su declaración de impuestos del Departamento de Tesorería de los Estados Unidos es mayor a cierta cantidad, usted pagara una cantidad adicional además de la prima mensual del plan.

La siguiente tabla muestra la cantidad adicional en base a su ingreso.

| **Si presenta una declaración de impuestos individual y su ingreso en** *[insert year]* **fue:** | **Si estaba casado pero presenta una declaración de impuestos individual y su ingreso en** *[insert year]* **fue:** | **Si presenta una declaración de impuestos conjunta y su ingreso en** *[insert year]* **fue:** | **Este es el costo mensual adicional de la Parte D (a pagar además de la prima de su plan)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Igual o menos de $*[insert amount]* | Igual o menos de $*[insert amount]* | Igual o menos de $*[insert amount]* | $0 |
| Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* |  | Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* | *[insert amount]* |
| Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* |  | Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* | *[insert amount]* |
| Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* | Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* | Más de $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* | *[insert amount]* |
| Más de $*[insert amount]* | Más de $*[insert amount]* | Más de $*[insert amount]* | *[insert amount]* |

#### Sección 11.3 ¿Que puede hacer si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo en que debe pagar una cantidad adicional debido a su ingreso, puede solicitar a la Administración del Seguro Social que revise la decisión. Si desea más información acerca de cómo hacerlo, comuníquese con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (Los usuarios de TTY pueden llamar a 1-800-325-0778).

#### Sección 11.4 ¿Que sucede si usted no paga la cantidad adicional de la Parte D?

La cantidad adicional es pagada directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) para su cobertura de la Parte D de Medicare. Si se le requiere pagar la cantidad adicional y usted no la paga, usted será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

## Capitulo 7. Como solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una facture recibida por servicios médicos cubiertos [*if applicable:* o medicamentos]

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de sus servicios cubiertos [*if applicable:* o medicamentos] 156

Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por los servicios cubiertos [*if applicable:* o medicamentos], o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 157

SECCIÓN 2 Como solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida 158

Sección 2.1 Como y a donde enviarnos su solicitud de pago 160

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no 160

Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio [*if applicable:* o medicamento] y cuanto le debemos 160

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte de la atencion medica [*if applicable:* o medicamento], puede realizar una apelacion 160

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias 161

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos fuera de su bolsillo por medicamentos 161

### SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de sus servicios cubiertos [*if applicable:* o medicamentos]

#### Sección 1.1 Si paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por los servicios cubiertos [*if applicable:* o medicamentos], o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

*[Non-network PFFS plans may edit this section to remove network references as necessary.]*

En ocasiones, cuando recibe atención medica o [*if applicable:* un medicamento recetado], es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otros casos, puede encontrar que pago más de lo que esperaba bajo los reglamentos de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el pago (esta devolución suele llamarse “reembolsándolo” a usted). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado más de la parte que le corresponde del costo de los servicios médicos [*if applicable:*o medicamentos] cubiertos por nuestro plan.

También puede suceder que reciba la facture de un proveedor por el costo total de los servicios médicos que recibió. En muchos casos, debe enviarnos la factura en lugar de pagarla usted mismo. Examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de situaciones en que posiblemente deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse un pago o que pague una facture recibida:

1. Cuando recibió atención medica de emergencia por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia por parte de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca a nuestra red o no. Cuando recibe atención medica de emergencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red, usted es solo responsable de pagar la parte del costo que le corresponde, no el costo total. Debe solicitar al proveedor que facture al plan la parte del costo que nos corresponde.

* Si usted paga la cantidad total al momento de recibir la atención medica, debe solicitarnos el reembolso del pago de la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la facture, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
* En ocasiones, puede recibir una factura del proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
  + Si se debe dinero al proveedor, le pagaremos directamente a él.
  + Si ya pago más de la parte que le corresponde por el costo del servicio, determinaremos cuanto le debemos y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde.
* **Por favor tenga en cuenta:** Aunque puede conseguir cuidado de un proveedor fuera de la red, su proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Con la excepción de cuidado de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor quien no es elegible de participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo entero de los servicios recibidos.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y solo solicitarle a usted la parte del costo que le corresponde. Pero en ocasiones pueden cometer errores y solicitarle que pague más de lo que le corresponde.

* Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red por una cantidad mayor al que usted cree que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos este problema de facturación.
* Si ya pago una facture a un proveedor de la red pero considera que le pago demasiado, envíenos la facture junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado y solicítenos el reembolso de la diferencia entre la cantidad que pago y la cantidad que debía al plan.

3. Si se inscribe de manera retroactiva en nuestro plan.

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso es posible que la fecha de inscripción pueda haber sucedido el año pasado.)

Si se inscribió en nuestro plan de manera retroactiva y pago de su bolsillo por cualquiera de sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* o medicamentos] después de la fecha, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte de los costos que nos corresponde. Deberá enviar documentación para que manejemos el reembolso.

* Por favor, llame al Departamento de Servicio al Miembro para obtener información adicional acerca de como solicitarnos el reembolso y las fechas límites para presentar la solicitud. (Los números de teléfono para Servicios al Afiliado se encuentran en la contraportada de este manual.)

*[MA-only delete next three situations.]*

4. Cuando utiliza una farmacia que no pertenece a la red para obtener un medicamento recetado

Si intenta utilizar su tarjeta de miembro en una farmacia fuera de la red para llenar una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total de la receta. (Cubrimos recetas que se surten en farmacias que no pertenecen a la red solo en algunas situaciones especiales. Si desea más información, vea el Capitulo 5, Sección 2.5.)

* Guarde el recibo y envíenos una copia para solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva su tarjeta de miembro del plan

Si no lleva su tarjeta de miembro del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o consulte su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción necesaria en ese momento, posiblemente deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

* Guarde el recibo y envíenos una copia para solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

6. Cuando paga el costo total de una receta médica en otras situaciones

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta médica porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motive en particular.

* Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*; o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no creía que se aplicara a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total.
* Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso del pago. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

*[Plans should insert additional circumstances under which they will accept a paper claim from an enrollee.]*

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. [*Insert as applicable:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9] de este manual (*Que hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)) tiene información sobre cómo realizar una apelación.

### SECCIÓN 2 Como solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida

*[Plans may edit this section to include a second address if they use different addresses for processing medical and drug claims.]*

#### Sección 2.1 Como y a donde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para conservarla en sus registros.

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* Para asegurarnos que nos está entregando toda la información necesaria para que podamos llegar a una decisión, puede llenar nuestro formulario para hacer su solicitud de pago.

* No necesita utilizar el formulario, pero nos ayudara a procesar la información mas rápidamente.
* Puede descargar una copia del formulario de nuestra página web (*[insert URL]*) o llame a Servicios al Afiliado y pida el formulario. (Los números de teléfono de Servicios al Afiliado se encuentran en la contraportada de este manual.)]

*[Plans with different addresses for Part C and Part D claims may modify this paragraph as needed and include the additional address]* Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos a esta dirección:

*[insert address]*

[*If the plan allows enrollees to submit oral payment requests, insert the following language:* También puede comunicarse con nuestro plan para solicitar un pago. Para detalles, vea el Capitulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary]* Donde mandar una solicitud que nos pide pagar la parte del costo que nos corresponde para un servicio médico o un medicamento que haya recibido.]

[*Insert if applicable:* **Debe enviarnos su reclamación o queja dentro de** *[****insert timeframe****]* de la fecha en que recibió el servicio, articulo o medicamento.]

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea proporcionar más información sobre una solicitud de pago que nos envió.

### SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no

#### Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio [*if applicable:* o medicamento] y cuanto le debemos

Cuando recibimos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

* Si decidimos que la atención medica [*if applicable:* o medicamento] está cubierto y usted cumplió con todas las normas para la obtención de la atención [*if applicable:* o medicamento], pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si ya pago el servicio [*if applicable:* o medicamento], le enviaremos por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si aun no pago el servicio [*if applicable:* o medicamento], enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (En el Capitulo 3 se explican los reglamentos que debe cumplir para obtener los servicios médicos cubiertos. [*If applicable:* En el Capitulo 5 se explican las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos recetados cubiertos por la Parte D.])
* Si decidimos que los servicios médicos [*if applicable:* o medicamento] no están cubiertos, o usted no cumplió con todos los reglamentos, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. En vez, le enviaremos una carta explicando los motives por los cuales no le enviamos el pago solicitado y sus derechos de apelar a esta decisión.

#### Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte de la atención medica [*if applicable:* o medicamento], puede realizar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, o no está de acuerdo con la cantidad que pagamos, puede realizar una apelación. Si realiza una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles como realizar esta apelación, vea el [*insert as applicable:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9] de este manual (*Que hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Si es la primera vez que realiza una apelación, le resultara útil comenzar leyendo la Sección 4 del [*insert as applicable:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9]. La Sección 4 es una introducción que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación.” Después de leer la Sección 4, puede consultar con la sección del [*insert as applicable:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9] que le indica que debe hacer en su situación:

* Si desea realizar una apelación acerca del reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del [*insert as applicable:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9].
* [*If applicable:* Si desea realizar una apelación acerca del reembolso de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.]

### SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias

#### Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos fuera de su bolsillo por medicamentos

*[MA-only: delete this section.]*

Existen situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que realiza por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita un pago. Por el contrario, nos informa sobre pagos de manera que podamos calcular correctamente los costos fuera de su bolsillo. Esto le puede ayudar a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con más rapidez.

A continuación, se presentan dos situaciones en que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizo por sus medicamentos:

1. Cuando compra un medicamento a un precio menor a nuestro precio

*[Plans with neither a coverage gap nor a deductible should delete this section.]*

En ocasiones, cuando usted se encuentra en la [*insert if applicable:* Etapa de Deducible *OR* Etapa de Brecha de Cobertura *OR* Etapa de Deducible y Etapa de Brecha de Cobertura] usted puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio que es menor a nuestro precio.

* Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer el medicamento a un precio especial. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de nuestro beneficio que ofrece un precio menor.
* A menos que se apliquen condiciones especiales, en estos casos debe utilizar una farmacia de la red y el medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de Medicamentos.
* Guarde el recibo y envíenos una copia, para tomarlo en cuenta como costos fuera de su bolsillo y pueda ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Por favor, tenga en cuenta:** Si se encuentra en [*insert if applicable:* Etapa de Deducible *OR* Etapa de Brecha de Cobertura *OR* Etapa de Deducible y Etapa de Brecha de Cobertura], nosotros [*insert as applicable:* no *OR* puede que no] pagaremos por ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero el envió de una copia del recibo nos permite calcular correctamente los costos fuera de su bolsillo y puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con más rapidez.

2. Cuando usted obtiene un medicamento a través de un programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa que ofrece un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de ayuda al paciente.

* Guarde el recibo y envíenos una copia, para tomarlo en cuenta como costos fuera de su bolsillo y pueda ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Por favor, tenga en cuenta:** Ya que está obteniendo su medicamento a través del programa de ayuda al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de los medicamentos. Pero el envió de una copia del recibo nos permite calcular correctamente los costos fuera de su bolsillo y puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con más rapidez.

Ya que no solicita el pago en ninguno de los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede realizar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

## Capitulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 164

Sección 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* Debemos proporcionar la información de una manera que a usted le resulte útil (en idiomas que no sean ingles, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.) 164

Sección 1.2 Debemos tratarlo con equidad y respeto en todo momento 164

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que reciba sin demora sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* y medicamentos] 165

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal sobre su salud 165

Sección 1.5 Debemos darle información acerca del plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos 166

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su cuidado 168

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones tomadas 170

Sección 1.8 ¿Que puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos? 171

Sección 1.9 Como obtener más información sobre sus derechos 171

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 172

Sección 2.1 ¿Cuales son sus responsabilidades? 172

[*Note*: *Plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA-required language.*]

### SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

#### Sección 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* Debemos proporcionar la información de una manera que a usted le resulte útil (en idiomas que no sean ingles, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold.]*

Si desea que le enviemos información de manera que le resulte útil, por favor, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (números de teléfonos se encuentran en la contraportada de este manual).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan ingles. *[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]* También podemos darle la información en Braille, en texto con letras grandes o en otros formatos alternativas que pueda necesitar. Si es elegible para Medicare por una incapacidad, debemos proporcionarle la información sobre los beneficios del plan de una manera accesible y adecuada para usted.

Si tiene algún problema para recibir información de nuestro plan debido a problemas relacionadas con el idioma o su incapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, e informe que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.2 Debemos tratarlo con equidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o el tratamiento injusto. **No discriminamos** a las personas por su raza, origen étnico, origen nacional, religión, sexo, edad, incapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de seguros, o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene dudas acerca de la discriminación o el trato injusto, por favor, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si padece una incapacidad y necesita ayuda para el acceso a la atención, por favor, llámenos al Departamento de Servicio al Afiliado (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

#### Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que reciba sin demora sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* y medicamentos]

Usted puede obtener cuidado de cualquier proveedor dentro de los Estados Unidos, si el proveedor acuerda aceptar los términos y condiciones de pago de nuestro plan antes de proveerle servicios y si es elegible para proveerle servicios bajo Medicare Original, como es descrito en Capitulo 3, Sección 1.2. Siempre deberá (excepto tal vez en emergencias) demostrarle al proveedor su tarjeta de membrecía PFFS. *[Non-network PPFS plans may edit this sentence to remove network references]* Como un miembro del plan, usted tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*.

[*Non-network PFFS plans insert:* Un proveedor puede decidir si acepta los términos y condiciones de pago de nuestro plan cada vez que vea su proveedor.]

[*Partial and full network PFFS plans insert*: Nuestro plan tiene contratos firmados con algunos proveedores para dar servicios cubiertos a miembros en nuestro plan. Estos proveedores son nuestros proveedores de la red. Capitulo 3, Sección 1.2 describe las reglas para obtener servicios cubiertos por medio de utilizar nuestros proveedores.]

[*Insert if applicable:* También tiene derecho a surtir o recibir una reposición de sus recetas en cualquier farmacia de la red sin grandes demoras.]

Si considera que no recibe la atención médica [*insert if applicable:* o medicamentos de la Parte D] dentro un plazo razonable, [*insert as appropriate:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9], [*insert as appropriate:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este manual le informa lo que puede hacer. (Si le negamos la cobertura de su atención medica [*insert if applicable:* o medicamentos] y no está de acuerdo con nuestra decisión, [*insert as appropriate:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9], Sección 4 le informa lo que puede hacer.)

#### Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal sobre su salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y la información personal sobre su salud. Protegemos la información personal sobre su salud como lo exigen estas leyes.

* La “información personal sobre su salud” incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió en el plan, así como los registros médicos y otros datos médicos sobre su salud.
* Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de la manera en que se utiliza la información sobre su salud. Le proporcionaremos un aviso por escrito, llamado “Aviso sobre Practicas de Privacidad,” que le informa sobre estos derechos y explica como protegemos la privacidad de la información sobre su salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud?

* Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus registros.
* En la mayoría de los casos, si revelamos información sobre su salud a una persona que no proporcione ni pague su atención medica, *en primer lugar debemos obtener su permiso por escrito.* El permiso por escrito lo puede proporcionar usted o alguien que tenga poder legal para tomar decisiones en su lugar.
* Existen excepciones donde no es necesario que primero obtengamos su permiso por escrito. Dichas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
  + Por ejemplo, debemos divulgar la información sobre su salud a las agencias del gobierno que controlen la calidad de la atención médica.
  + Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle la información sobre su salud a Medicare [*MA-PD plans insert:* incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D]. Si Medicare divulga su información para la investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y los reglamentos federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a examinar los registros médicos que tiene el plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o hagamos correcciones a sus registros médicos. Si usted lo solicita, lo analizaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se divulgó a terceros la información sobre su salud con fines que no son de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de la información personal sobre su salud, por favor, llame al Departamento de Servicio al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

*[Note: Plans may insert custom privacy practices.]*

#### Sección 1.5 Debemos darle información acerca del plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos

*[Non-network PFFS plans may edit the title of this section to remove network reference.]*

*[Plans may edit the section to reflect the types of alternate format materials available to plan members and/or language primarily spoken in the plan service area.]*

Como miembro de *[insert 2015 plan name]*, tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte. (Como se explica anteriormente en Sección 1.1, tiene derecho a que le enviemos información de una manera que le resulte útil. Esto incluye recibir la información en otros idiomas además del ingles, en texto con letras grandes o en otros formatos alternativos.)

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual):

* **Información sobre nuestro plan**. Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan. También incluye información sobre el numero de apelaciones realizadas por los miembros y los índices de rendimiento del plan, incluyendo como lo calificaron los miembros y su comparación con otros planes de salud de Medicare.
* *[Non-network PFFS plans may omit or revise this bullet as necessary]* **Información sobre nuestros proveedores de la red** [*insert if applicable:* **incluyendo nuestras farmacias de la red**]**.** 
  + Por ejemplo, tiene derecho a que le enviamos información sobre los títulos de los proveedores [*insert if applicable:* y farmacias] de la red y sobre como pagamos a nuestros proveedores de la red.
  + *[Plans that combine the provider and pharmacy directory may combine this bullet and the one below and edit the information as needed]* Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *[insert name of provider directory]*.
  + [*Insert if applicable:* Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *[insert name of pharmacy directory]*.]
  + Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores [*insert if applicable:* o farmacias], puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o visite nuestra página de web en *[insert URL]*.
* **Información sobre su cobertura y los reglamentos que debe cumplir al utilizarla.** 
  + En los Capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos los servicios médicos que están cubiertos, las restricciones a su cobertura y los reglamentos que debe cumplir para obtener los servicios médicos cubiertos.
  + [*Insert if applicable:* Para obtener detalles sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6 de este manual y la *Lista de Medicamentos cubiertos (formulario)* del plan*.* Estos capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos cubiertos (formulario)*, le indican que medicamentos están cubiertos y explican los reglamentos que debe cumplir y las restricciones a su cobertura para determinados medicamentos.]
  + Si tiene preguntas acerca de los reglamentos o restricciones, por favor llamar al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
* **Información sobre por qué algo no está cubierto y que puede hacer al respecto.**
  + Si un servicio médico [*insert if applicable:* o medicamento de la Parte D] no está cubierto, o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitarnos una explicación por escrito. *[Non-network, MA-only plans may delete the following sentence]* Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico [*insert if applicable:* o medicamento] de un proveedor fuera de la red [*insert if applicable:* o farmacia]. [*Non-network MA-PD plans should replace the previous sentence with:* Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el medicamento de una farmacia fuera de la red.]
  + Si no está satisfecho o no está de acuerdo con nuestra decisión sobre qué servicio médico [*insert if applicable:* o medicamento de la Parte D] está cubierto, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión mediante una apelación. Para detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera en que usted piensa que debería estar cubierto, vea [*insert as applicable:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9] de este manual. Le proporciona los detalles sobre cómo realizar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. ([*Insert as applicable:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9] también indica cómo hacer una queja sobre la calidad de atención medica, los tiempos de espera y otras inquietudes.)
  + Si desea solicitar a nuestro plan que pague la parte que le corresponde de una facture recibida por atención medica [*insert if applicable:* o un medicamento recetado de la Parte D], consulte [*insert as applicable:* Capitulo 5 *OR* Capitulo 7] de este manual.

#### Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su cuidado

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre sus servicios médicos

Usted tiene derecho a que los médicos y otros proveedores de salud le proporcionen toda la información cuando recibe atención médica. Los proveedores deben explicarle su condición médica y las opciones de tratamiento *de una manera comprensible para usted*.

Además, tiene derecho a participar completamente en las decisiones relacionadas con su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos sobre que tratamiento es el mejor para usted, cuenta con los siguientes derechos:

* **Conocer todas las opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen todas opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente del costo o si están cubiertos por nuestro plan*.* [*Insert if applicable:* También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.]
* **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique su atención médica. Se le debe comunicar con anticipación si cualquier atención medica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la posibilidad de negarse a los tratamientos con fines experimentales.
* **Derecho a decir “no.**” Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho de dejar cualquier hospital u otra institución médica, aunque su médico le sugiera no hacerlo. [*MA-PD plans insert:* También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos.] Por supuesto, si se niega al tratamiento [*MA-PD plans insert:* o deja de tomar sus medicamentos], asume la responsabilidad absoluta de las consecuencias que sufra su cuerpo.
* **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención médica.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención médica que usted considera que debe recibir. Para recibir dicha explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. [*Insert as applicable:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9] de este manual indica como solicitar al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer en caso de que usted no pueda tomar decisiones médicas

[*Note:**Plans that would like to provide members with state-specific information about advanced directives, including contact information for the appropriate state agency, may do so.*]

En ocasiones, las personas pueden quedar imposibilitadas para tomar decisiones acerca de su propia atención médica, debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Eso significa que, *si lo desea*, puede:

* Completar un formulario por escrito donde le otorgue **a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su lugar** si en algún momento queda imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.
* **Dar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de como desea que manejen su atención medica en caso de quedar imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.

Los documentos legales que puede utilizar para dar directivas anticipadas en estas situaciones se conocen como “**instrucciones por anticipado**.” Existen diversos tipos de instrucciones por anticipado y diferentes formas de llamarlas. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder legal para decisiones médicas**” son algunos ejemplos de instrucciones por anticipado.

Si desea utilizar una “instrucción por anticipado” para proporcionar sus decisiones, debe realizar lo siguiente:

* **Obtener el formulario.** Si desea tener una instrucción por anticipado, puede solicitar el formulario a su abogado, a un trabajador social o en tiendas de suministros para oficinas. En ocasiones, puede obtener formularios para instrucciones por anticipado de organizaciones que proporcionan a las personas información sobre Medicare. [*Insert if applicable:* También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para pedir formularios (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).]
* **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que constituye un documento legal. Debería considerar recibir la ayuda de un abogado para completarlo.
* **Proporcionar copias a las personas adecuadas.** Deberá entregar una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario como la elegida para tomar decisiones por usted cuando usted no pueda. Puede entregar copias a amigos cercanos y a miembros de su familia. Asegúrese de mantener una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una instrucción por anticipado, **lleve una copia con usted al hospital**.

* Si lo admiten en un hospital, le preguntaran si firmo un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.
* Si no lo hizo, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntaran si desea firmar uno.

**Recuerde, es su elección si desea completar el formulario de instrucciones por anticipado** (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención medica o discriminarlo por haber firmado o no un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y cree que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones, usted puede presentar una queja con *[insert appropriate state-specific agency (such as the State Department of Health)]*. *[Plans also have the option to include a separate exhibit to list the state-specific agency in all states, or in all states in which the plan is filed, and then should revise the previous sentence to make reference to that exhibit.*]

#### Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones tomadas

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención medica o los servicios cubiertos, [*insert as applicable:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9] de este manual le indica que puede hacer. Allí se proporcionan detalles sobre cómo enfrentar todo tipo de problemas y quejas.

Como se explica en [*insert as applicable:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9], lo que debe hacer para tratar un problema o una duda depende de la situación. Tal vez debe solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Lo que sea que haga – solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja – **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a recibir un resumen informativo sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros hayan presentado anteriormente contra nuestro plan. Para recibir esta información, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

#### Sección 1.8 ¿Que puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?

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

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos a causa de su raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, religión (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 para los usuarios de TTY, o llame a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda para enfrentar el problema que tiene:

* Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
* Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y como comunicarse con ellos, vea el Capitulo 2, Sección 3.
* O, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.9 Como obtener más información sobre sus derechos

Existen varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

* Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
* Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y como comunicarse con ellos, vea el Capitulo 2, Sección 3.
* Puede llamar a **Medicare**.
  + Puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones de Medicare.” (La publicación está disponible en: http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf.)
  + O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

#### Sección 2.1 ¿Cuales son sus responsabilidades?

A continuación, se describe lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudarlo.

* ***Familiarícese con los servicios cubiertos y los reglamentos que debe seguir para obtenerlos.*** *Utilice este manual de* Evidencia de Cobertura *para saber qué servicios tiene cubiertos y conocer los reglamentos que debe cumplir para obtenerlos.*
  + Los Capítulos 3 y 4 le proporcionan detalles sobre los servicios médicos, incluyendo cuales están cubiertos, cuáles no, los reglamentos a seguir y lo que paga.
  + [*Insert if applicable:* Capítulos 5 y 6 le proporcionan detalles sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.]
* ***Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud***[*insert if applicable:* ***or prescription drug coverage***] ***además de nuestro plan, debe avisarnos.*** *Por favor llame al Departamento de Servicios al Afiliado para avisarnos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).*
  + Debemos respetar las normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted está utilizando toda su cobertura en combinación al obtener los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se conoce como “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios médicos [*insert if applicable:* y de medicamentos] que recibe usted de nuestro plan con los demás beneficios médicos [*insert if applicable:* y de medicamentos] que tenga disponibles. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Si desea mas información acerca de la coordinación de beneficios, vea el Capitulo 1, Sección 7.)
* ***Informe a su médico y a los demás proveedores de salud que está inscrito en nuestro plan.*** *Muestre su tarjeta de membrecía del plan cada vez que recibe atención médica* [*insert if applicable:* *or Part D prescription drugs*]*.*
* ***Colabore con sus médicos y otros proveedores que lo ayudan, dándoles información, hacienda preguntas y dando seguimiento de su atención medica.*** 
  + Para ayudar a sus médicos y demás proveedores a que le brinden la mejor atención, infórmese lo más posible sobre sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
  + Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos sin receta médica, las vitaminas y los suplementos.
  + Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Se supone que los médicos y los demás proveedores de atención médica le explicaran de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
* ***Sea considerado.*** *Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actué de manera que ayude para el funcionamiento ordenado del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.*
* ***Pague lo que debe.*** *Como miembro del plan, usted es responsable de los pagos siguientes:*
  + [*Insert if applicable:* Debe pagar las primas de su plan para continuar a ser miembro de nuestro plan.]
  + Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare de la Parte A y Medicare de la Parte B. Por esa razón, algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para permanecer como miembro del plan.
  + Para la mayoría de los servicios médicos [*insert if applicable:* o medicamentos] cubiertos por el plan, debe pagar la parte del costo que a usted le corresponde cuando recibe el servicio [*insert if applicable:* o medicamento]. Sera un [*insert as appropriate:* co-pago (una cantidad fija) *OR* un co-seguro (un porcentaje del costo total) *OR* un co-pago (una cantidad fija) o un co-seguro (un porcentaje del costo total)]. Capitulo 4 le indica que debe pagar por sus servicios médicos. [*Insert if applicable:* Capitulo 6 le indica que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.]
  + Si recibe algún servicio médico [*insert if applicable:* o medicamento] que no está cubierto por nuestro plan u otro seguro que tenga, debe pagar el costo entero.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un servicio [*insert if applicable:* o medicamento], puede presentar una apelación. Vea el [*insert as applicable:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9] para obtener información sobre como presentar una apelación.

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

* + [*Plans offering Part D, insert:* Si se le requiere el pago de una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para permanecer como miembro del plan.]
  + [*Part D plans, insert:* Si se le requiere pagar la cantidad adicional de la Parte D dado a su ingreso anual, usted debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para permanecer un miembro del plan.]
* ***Infórmenos si se muda.*** *Si tiene planeado mudarse, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).* 
  + **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted** *[if a continuation area is offered, insert “***generalmente***” here and then explain the continuation area]***no puede permanecer como miembro de nuestro plan.** (El Capitulo 1 describe nuestra área de servicio.) Podemos ayudarle a averiguar si se muda fuera del área de servicio. Si abandona la área de servicio, tendrá un periodo especial de inscripción cuando se inscriba en un plan de Medicare disponible en su área. Podemos informarle si contamos con un plan en el área nueva.
  + **Si se muda *dentro* del área de servicio, de todas maneras necesitamos saber** para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo ponernos en contacto con usted.
  + Si se muda, también es importante avisarle al Departamento de Seguro Social (o la Junta de Retiro Ferroviario). Usted puede encontrar números de teléfono e información de contacto para estas organizaciones en Capitulo 2.
* ***Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas o dudas.*** *También agradecemos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.*
  + Los números de teléfono y el horario de atención de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este manual.
  + Si desea mas información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo nuestra dirección de correo, vea el Capitulo 2.

## Capitulo 9. Que hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

ANTECEDENTES 178

SECCIÓN 1 Introducción 178

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o duda 178

Sección 1.2 Qué ocurre con los términos legales 178

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros 179

Sección 2.1 Donde obtener más información y ayuda personalizada 179

SECCIÓN 3 ¿Para tratar de resolver un problema, que proceso debe utilizar? 180

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas? 180

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 181

SECCIÓN 4 Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones 181

Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: el panorama general 181

Sección 4.2 Como recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 182

Sección 4.3 ¿Que sección de este capítulo proporciona la información detallada para su situación? 183

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Como solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 184

Sección 5.1 En esta sección se indica que hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de un servicio médico o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de su atención medica 184

Sección 5.2 Paso a paso: Como solicitar una decisión de cobertura (Como solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea) 185

Sección 5.3 Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 1 (Como solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 189

Sección 5.4 Paso a paso: Como se hace una Apelación de Nivel 2 192

Sección 5.5 ¿Que sucede si nos solicita pagar la parte del costo que no corresponde de una facture que usted recibió por atención médica? 194

SECCIÓN 6 Medicamentos recetados de la Parte D: Como solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 196

Sección 6.1 Esta sección le indica que hacer si tiene problemas para obtener un medicamento recetado de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D 196

Sección 6.2 ¿Que es una excepción? 198

Sección 6.3 Información importante que debe saber acerca de la solicitud de excepciones 200

Su médico debe avisarnos los motivos médicos 200

Sección 6.4 Paso a paso: Como solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción 201

Sección 6.5 Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 1 (como solicitar una revisión de la decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 205

Sección 6.6 Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 2 207

SECCIÓN 7 Como solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo 210

Sección 7.1 Durante la estadía en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informara sus derechos 210

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital 212

Sección 7.3 Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital 215

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1? 217

SECCIÓN 8 Como solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura está finalizando demasiado temprano 220

Sección 8.1 Esta sección trata solamente de tres servicios:Cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un establecimiento de enfermería y en un Centro de Rehabilitación Completa (CORF) 220

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuando su cobertura va a terminar 220

Sección 8.3 Paso-a-paso: Como presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cobra su atención durante un tiempo más largo 221

Sección 8.4 Paso-a-paso: Como presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cobra su atención durante un período más largo 224

Sección 8.5 ¿Que sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1? 225

SECCIÓN 9 Como presentar su apelación en el Nivel 3 y los niveles superiores 228

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4, and 5 para Apelaciones de Servicios Médicos 228

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3,4 y 5 para las Apelaciones de los medicamentos de la Parte D 230

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 232

SECCIÓN 10 Como presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, tiempo de espera, el servicio al cliente y otras cuestiones 232

Sección 10.1 ¿Que tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas? 232

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal” 234

Sección 10.3 Paso-a-paso: Presentando una queja 235

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each “Legal Terms” box is kept on the same page as the box.]*

ANTECEDENTES

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o duda

En este capítulo se explican dos tipos de procesos formales para manejar los problemas y las dudas:

* Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
* Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos fueron aprobados por Medicare. Para garantizar el trato equitativo e inmediato de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos respetar.

¿Cual debe utilizar? Eso depende el tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudara a identificar el proceso adecuado a utilizar.

#### Sección 1.2 Qué ocurre con los términos legales

Existen términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se detallan en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender.

Para simplificar las cosas, en este capítulo se explican los procedimientos y normas legales mediante palabras más sencillas en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de “realizar una queja” en lugar de “presentar una queja formal,” “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización” o “determinación de cobertura,” y “Organización Revisora Independiente” en lugar de “Entidad Revisora Independiente.” También se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en algunos casos, realmente importante) que conozca los términos legales correctos para su situación. Saber cuáles términos utilizar le ayudara a comunicarse con mayor claridad y precisión al atender su problema y obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos debe utilizar, incluimos términos legales al proporcionar detalles sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones.

### SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros

#### Sección 2.1 Donde obtener más información y ayuda personalizada

En ocasiones, puede resultar confuso comenzar o llevar a cabo el proceso indicado para resolver un problema. Esto es particularmente cierto si no se siente bien o si no tiene demasiada energía. En otros casos, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el siguiente paso.

Reciba ayuda de una organización del gobierno independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en determinadas situaciones también puede pedir la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede ponerse en contacto con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Los asesores del programa pueden ayudarle a comprender que proceso debe utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratis. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it]* Los números de teléfono se encuentran en el Capitulo 2, Sección 3 de este manual.

También puede recibir ayuda e información en Medicare

Para obtener mas información y recibir ayuda para tratar un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, le presentamos dos formas de obtener información directa de Medicare:

* Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
* Puede visitar el sitio Web de Medicare (http://www.medicare.gov).

### SECCIÓN 3 ¿Para tratar de resolver un problema, que proceso debe utilizar?

#### Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?

Si tiene un problema o duda, simplemente debe leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente guía lo ayudara.

Para averiguar que parte de este capítulo le ayudara con su problema o preocupación específicos, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o preocupación es acerca de sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas acerca de la cobertura o no de atención médica o medicamentos recetados en particular, la forma en que están cubiertos, y problemas relacionados con el pago de atención medica o medicamentos recetados.)

**Si.** Mi problema es acerca de beneficios o cobertura.

Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Una guía de los básico sobre las decisiones de cobertura y solicitudes de apelación.”**

**No.** Mi problema no es acerca de beneficios o cobertura.

Avance a la[*insert as applicable:* **Sección 9** *OR* **Sección 10**]al final de este capítulo: **“Como presentar una queja sobre la calidad de la atención, el tiempo de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones.”**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

### SECCIÓN 4 Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

#### Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: el panorama general

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se encarga de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos [*insert if applicable:* y medicamentos recetados], incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se utiliza para asuntos tales como si se cubre un servicio/medicamento o no y como está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una “decisión de cobertura” es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos [*insert if applicable:* o medicamentos]. Usted o su doctor también se pueden comunicar con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o si le niega atención medica que usted considera necesaria. En otras palabras, en caso de que desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos que tiene cubierto y cuanto pagaremos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio [*insert if applicable:* o medicamento] no está cubierto para usted por Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está de acuerdo, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando solicita una apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si cumplimos correctamente todas los reglamentos. Su apelación será evaluada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando completamos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

Si rechazamos una parte o toda la Apelación de Nivel 1, puede presentar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es realizada por una organización independiente que no tiene conexión con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviara automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Si esto sucede, le avisaremos. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2.) Si no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede avanzar por varios niveles más de apelación.

#### Sección 4.2 Como recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Desea que lo ayudemos? A continuación, presentamos algunos recursos que tal vez quiera utilizar si decide solicitar alguna decisión de cobertura o apelar una decisión:

* **Puede llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
* Para **recibir ayuda gratuita de una organización independiente** que no tenga conexión con nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
* [*MA-only plans, insert:* **Su médico puede solicitar un pedido para usted.** Para la atención medica, su doctor puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su solicitud s negada en el Nivel 1, será automáticamente enviada al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado por usted como su representante.]
* [*MA-PD plans, insert:* **Su médico puede solicitar un pedido por usted.**
  + Para la atención medica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su solicitud es negada en el Nivel 1, será automáticamente enviada al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado por usted como su representante.
  + Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro prescriptor puede solicitar una determinación de cobertura o una Apelación del Nivel 1 o del Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro prescriptor debe ser designado por usted como su representante.]
* **Puede solicitar que otra persona actué en su nombre.** Si lo desea, puede designar a una persona que actué como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.
  + Es posible que ya haya una persona autorizada legalmente para actuar como su representante según la Ley Estatal.
  + Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor, o alguna otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. (Este formulario también está disponible en la página Web de Medicare en http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf [*plans may also insert:* o en nuestra página Web en *[insert website or link to form]*].) El formulario le otorga a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actué en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
* **También tiene derecho a contratar un abogado para que actué en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través de la asociación de abogados u otro servicio de referencia. Además, hay grupos que le brindaran servicios legales gratuitos si es elegible. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

#### Sección 4.3 ¿Que sección de este capítulo proporciona la información detallada para su situación?

Existen [*insert as applicable:* tres *OR* cuatro] diferentes tipos de situaciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Dado que cada situación tiene sus propios reglamentos y plazos, proporcionamos los detalles de cada una de ellas en diferentes secciones:

* **Sección 5** de este capítulo: “Su atención medica: Como solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
* *[MA-only plans: omit this bullet]* **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la parte D: Como solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
* [*Insert as applicable:* **Sección 6** *OR* **Sección 7**] de este capítulo: “Como solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo”
* [*Insert as applicable:* **Sección 7** *OR* **Sección 8**] de este capítulo: “Como solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está terminando antes de tiempo ” (*Se aplica a los siguientes servicios solamente*: servicios de cuidado de la salud en el hogar, un centro de cuidado por enfermeros calificados, atención en un establecimiento de cuidado médico continuo y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF))

Si no está seguro que sección debe consultar, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). También puede obtener información o ayuda de organizaciones del gobierno, como el Programa Estatal de Asistencia (los números de teléfono de este programa están en el Capitulo 2, Sección 3, de este manual.

### SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Como solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

question mark. ¿Leyó la sección 4 de este capítulo? (¿*Guía de “lo básico” sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*?) Si no, es posible que desee leerla antes de comenzar esta sección.



#### Sección 5.1 En esta sección se indica que hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de un servicio médico o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de su atención medica

Esta sección trata sobre sus beneficios de servicios y atención medica. Estos beneficios se describen en el Capitulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga*). Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de atención medica” o “atención medica” en el resto de la sección, en lugar de repetir “atención medica o tratamiento o servicios” cada vez.

Esta sección le indica que puede hacer si se encuentra en una de las cinco situaciones siguiente:

1. No recibe determinada atención medica que desea y considera que esta cubierta por nuestro plan.

2. Nuestro plan no autorizara la atención medica que su médico u otro proveedor medico desea proporcionarle y usted considera que dicha atención está cubierta por el plan.

3. Recibió los servicios o la atención medica que considera que debe cubrir el plan, pero hemos determinado que no pagaremos esa atención.

4. Recibió y pago los servicios o la atención medica que considera que debe cubrir el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso de esa atención.

5. Se le avisa que la cobertura de cierta atención medica que ha estado recibiendo y que aprobamos anteriormente, se reducirá o interrumpirá y considera que la reducción o interrupción podría perjudicar su salud.

* NOTA: **Si la cobertura que se interrumpirá corresponde a los servicios de internación, cuidado de la salud en el hogar, Atención en un Establecimiento de Cuidado Médico Continuo o en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación (CORF)**, debe leer una sección separada de este capítulo dado que para estos tipos de atención se aplican normas especiales. Aquí le indicamos que debe leer en estas situaciones:
* [*Insert as applicable:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9], [*insert as applicable:* Sección 6 *OR* Sección 7]: *Como solicitarnos una estadía en el hospital mas prologada si considera que le solicitan que salga del hospital antes de tiempo.*
* [*Insert as applicable:* Capitulo 7 *OR* Capitulo 9], [*insert as applicable:* Sección 7 *OR* Sección 8]: *Como solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está terminando antes de tiempo.* Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: servicios de cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF).
* Para *todas las demás* situaciones donde se le comuniqué que se interrumpirá la atención medica que estuvo recibiendo, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

| Si se encuentra en esta situación: | Puede hacer lo siguiente: |
| --- | --- |
| ¿Desea averiguar si cubriremos la atención médica o servicios que usted desea? | Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.  Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5.2**. |
| ¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un servicios medico de la manera en que usted desea que sea cubierto o pagado? | Puede presentar una **apelación**. (Significa que nos pide que lo reconsideremos.)  Avance a la **Sección 5.3** de este capítulo. |
| ¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de atención médica o servicios que ya recibió y pago? | Puede enviarnos la factura.  Avance a la **Sección 5.5** de este capítulo. |

#### Sección 5.2 Paso a paso: Como solicitar una decisión de cobertura (Como solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)

| **Términos Legales** |
| --- |
| Cuando una decisión de cobertura involucra su atención medica, se conoce como **“determinación de organización.”** |

Paso 1: Usted pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitarnos una “decisión rápida sobre cobertura.”

| **Términos Legales** |
| --- |
| A “decisión rápida sobre cobertura” se conoce como **“determinación acelerada.”** |

Como solicitar la cobertura de la atención medica que desea

* Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que le proporcionemos la cobertura de la atención médica que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante.
* Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vea el Capitulo 2, Sección 1.2, y busque la sección llamada, *Como comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención medica*.

Generalmente, utilizamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión

Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos aceptado emplear los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta en los siguientes 14 días** después de recibir su solicitud.

* **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días calendario mas** si solicita más tiempo o si necesitamos más información (como registros médicos [*full and partial network plans insert:* de proveedores fuera de la red]) que pudiera beneficiarlo. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
* Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo.)

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida sobre cobertura”

* **Una decisión rápida significa que responderemos dentro de las siguientes 72 horas.** 
  + **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días calendario mas** si notamos que falta información que podría beneficiarlo (como registros médicos [*full and partial network plans insert:* de proveedores fuera de la red]), o si necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos extendernos, le avisaremos por escrito.
  + Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] of de este capítulo.) Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
* **Para recibir una decisión rápida sobre cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
  + Puede obtener una decisión rápida sobre cobertura *solo* si solicita la cobertura de atención médica *que aun no recibió*. (No puede obtener una decisión rápida sobre cobertura si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya recibió.)
  + Puede obtener una decisión rápida sobre cobertura *solo* si el uso de plazo estándar podría *ocasionar daños graves en su salud o perjudicar su capacidad física.*
* **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión rápida sobre cobertura”, automáticamente aceptaremos proporcionarla.**
* Si solicita una decisión rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le proporcionaremos una decisión rápida.
  + Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole (y, en su lugar, emplearemos los plazos estándar).
  + Dicha carta le informara que si su médico solicita una decisión rápida sobre cobertura, automáticamente la proporcionaremos.
  + Además, le informara de que manera puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida que solicito. (Para más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le responderemos.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

* Generalmente, para una decisión rápida, le comunicaremos nuestra respuesta **dentro de las siguientes 72 horas**.
  + Como se explico antes, podemos tomar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le avisaremos por escrito.
  + Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo.
  + Si no le comunicamos nuestra respuesta en las siguientes 72 horas (o si existe un periodo de extensión, al finalizar ese periodo), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 le indica como presentar una apelación.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención medica acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar una decisión, proporcionaremos la cobertura al finalizar el periodo de extensión.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito explicándole por que nos negamos.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

* Por lo general, para una decisión estándar, le comunicaremos nuestra respuesta **en los siguientes 14 días después de recibir su solicitud.**
  + Podemos tomar hasta 14 días de calendario mas (“periodo de extensión”) en determinadas circunstancias. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
  + Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, vea la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo.)
  + Si no le comunicamos nuestra respuesta en los siguientes 14 días (o si existe un periodo de extensión, al finalizar ese periodo), tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 a continuación se le indica como presentar una apelación.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada en los siguientes 14 días después de recibir su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar una decisión, proporcionaremos la cobertura al finalizar el periodo de extensión.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito explicándole por que nos negamos.

Pasó 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, usted decide si presenta una apelación.

* Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos – y tal vez, cambiemos – nuestra decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea.
* Si decide presentar una apelación, significa que pasara al Nivel 1 del proceso de apelaciones (vea la Sección 5.3 a continuación).

#### Sección 5.3 Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 1 (Como solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

| **Términos legales** |
| --- |
| Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de atención medica se le conoce como **“reconsideración**” del plan. |

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar una “apelación rápida.”

Que debe hacer

* **Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros.** Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motive relacionado con su apelación, vea el Capitulo 2, Sección 1.2 y busque la sección llamada, *Como comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención medica.*
* **Si solicita una apelación estándar, hágala por escrito enviando una solicitud firmada.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación llamando a nuestro número de teléfono que se encuentra en el Capitulo 2, Sección 1.2 (*Como comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica*).]
  + Si otra persona que no sea su médico presenta una apelación a nuestra decisión por usted, su apelación debe incluir el formulario “Nombramiento de un representante” que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) y solicite el formulario “Nombramiento de un representante”. También está disponible en nuestra página Web de Medicare en http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf [*plans may also insert:* o en nuestra página Web *[insert website or link to form]*].) Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario en los siguientes 44 días después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se enviara a la Organización Revisora Independiente para su anulación.
* **Si solicita una apelación rápida, hágala por escrito o llámenos** al número de teléfono que se encuentra en el Capitulo 2, Sección 1 *[plan may edit section title as needed]* (*Como comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica*).
* **Debe presentar su solicitud de apelación en los siguientes 60 días de calendario** desde la fecha en que enviamos el aviso escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y tiene un buen motive para que se haya vencido, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motives para el vencimiento del plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
* **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  + Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envió de esta información.]
  + Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional que respalde su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede realizar una solicitud por teléfono)

| **Términos legales** |
| --- |
| Una “apelación rápida” también es conocida como una **“reconsideración acelerada.”** |

* Si está apelando una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención que aun no recibió, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida.”
* Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los necesarios para obtener una “decisión de cobertura rápida.” Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida. (Dichas instrucciones se detallaron antes en esta sección.)
* Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “apelación rápida”, aceptaremos proporcionarla.

Paso 2: Consideramos su apelación y le proporcionamos nuestra respuesta.

* Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si cumplimos todos los reglamentos cuando rechazamos su solicitud.
* En caso de que sea necesario, recopilaremos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

* Cuando utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  + No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días de calendario más.** Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
  + Si no le comunicamos una respuesta en las siguientes 72 horas (o al finalizar el periodo de extensión, en caso de extendernos), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización independiente la revisara. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización y le explicaremos que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos un aviso de rechazo por escrito, informándole que enviamos automáticamente su apelación a la Organización Revisora Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

* Si utilizamos plazos estándar, debemos darle una respuesta **en los siguientes 30 días de calendario** después de recibir su apelación, si esta se trata de cobertura de servicios que aun no recibió. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
  + No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días de calendario más.**
  + Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo.)
  + Si no le comunicamos una respuesta antes del plazo antes mencionado (o al finalizar el periodo de extensión, en caso de extendernos), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización externa independiente la revisara. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en las siguientes 30 días después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos un aviso de rechazo por escrito, informándole que enviamos automáticamente su apelación a la Organización Revisora Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza su apelación o parte de ella, el caso se enviara *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

* Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al rechazar su apelación, **debemos enviar su apelación a la “Organización Revisora Independiente.”** Al hacerlo, esto significa que su apelación pasara al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

#### Sección 5.4 Paso a paso: Como se hace una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviara al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización** **Revisora Independiente** revisa nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

| **Términos legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es **“Entidad Revisora Independiente.”** A veces también se le conoce como **“IRE” (por su sigla en ingles).** |

Paso 1: La Organización Revisora Independiente revisa su apelación.

* **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización Revisora Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Le enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se conoce como “expediente del caso.” **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso**. [*If a fee is charged, insert:* Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envió de esta información.]
* Tiene derecho a proporcionar a la Organización Revisora Independiente información adicional que respalde su apelación.
* Los revisores de la Organización Revisora Independiente repasara minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le proporciono una “apelación rápida” en el Nivel 1, también se le proporcionara una “apelación rápida” en el Nivel 2

* Si nuestro plan le proporciono una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
* Sin embargo, si la Organización Revisora Independiente debe recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede extenderse hasta 14 días de calendario más**.

Si se le proporciono una “apelación estándar” en el Nivel 1, también se le proporcionara una “apelación estándar” en el Nivel 2

* Si nuestro plan le proporciono una apelación estándar en Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en los siguientes 30 días de calendario** después de recibir su apelación.
* Sin embargo, si la Organización Revisora Independiente debe recopilar más información que podrá beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días de calendario más**.

Paso 2: La Organización Revisora Independiente le informa su respuesta.

La Organización Revisora Independiente le comunicara su decisión por escrito y le explicara los motivos.

* **Si la organización revisora acepta su solicitud, ya sea de forma parcial o total,** debemosautorizarla coberturade atención médica en las siguientes 72 horas o proporcionar el servicio en los siguientes 14 días de calendario después de recibir la decisión de la organización revisora.
* **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención medica no debe autorizarse. (Esto se conoce como “mantener la decisión.” También se conoce como “rechazo de una apelación.”)
  + Hay un valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones. Por ejemplo, para continuar y presentar otra apelación al Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está pidiendo tiene que cumplir un mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que usted está pidiendo es muy bajo, usted no puede hacer otra apelación, y esto significa que la decisión al Nivel 2 es final. La notificación por escrito de la Organización de Revisión Independiente le dirá como saber la cantidad de dinero para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de aplicaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
* Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo aparece en el aviso por escrito que recibió después de la Apelación de Nivel 2.
* La Apelación de Nivel 3 es evaluada por un juez de derecho administrativo. [*Insert as applicable:* Sección 8 *OR* Sección 9] de este capítulo proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 5.5 ¿Que sucede si nos solicita pagar la parte del costo que no corresponde de una facture que usted recibió por atención médica?

Si desea solicitarnos el pago de atención medica, comience por leer el [*insert as applicable:* Capitulo 5 *OR* Capitulo 7] de este manual: *Como solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una facture recibida por servicios médicos cubiertos* [*insert if applicable: or drugs*]. [*Insert as applicable:* Capitulo 5 *OR* Capitulo 7] describe las situaciones en que usted puede solicitar el reembolso o pagar una facture que recibió de un proveedor. También se indica como enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

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

Si envía la documentación para solicitarnos el reembolso, está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, evaluaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (vea el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)).* También evaluaremos si usted siguió todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (dichas normas se proporcionan en el Capítulo 3 de este manual: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

* Si la atención medica que pago está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por su atención medica en los siguientes 60 días de calendario después de recibir su solicitud. O, si no pago los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envió del pago implica *aceptar* su solicitud de decisión de cobertura.)
* Si la atención medica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos los servicios y nuestros motivos de esa decisión. (El rechazo de la solicitud de pago implica el *rechazo* de su solicitud de decisión de cobertura.)

¿Que sucede si solicita el pago y nosotros le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Presentar una apelación significa pedirnos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la parte 5.3 de esta sección**. Consulte esta parte para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

* Si realiza una apelación para un reembolso, debemos darle una respuesta en los siguientes 60 días de calendario después de recibir su apelación. (Si solicita el reembolso del pago por la atención medica que ya recibió y pago usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.)
* Si la Organización Revisora Independiente cambia la decisión de negar el pago, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en los siguientes 30 días de calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en los siguientes 60 días de calendario.

### SECCIÓN 6 Medicamentos recetados de la Parte D: Como solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

*[MA-only plans: omit Section 6, re-number remaining sections in Chapter 9, and change cross-references to section numbers.]*

question mark. ¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía de “lo básico” sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no, es posible que desee leerla antes de comenzar esta sección.



#### Sección 6.1 Esta sección le indica que hacer si tiene problemas para obtener un medicamento recetado de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D

Entre sus beneficios como miembro del plan se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados. Puede obtener estos medicamentos siempre que estén incluidos en la *Lista de Medicamentos cubiertos (formulario)* de nuestro plan. Para que sea cubierto, el medicamento tiene que ser usado para una indicación médica aceptada. (Una “indicación médica aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. Vea el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas.)

* **Esta sección solo trata sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término “medicamento” en el resto de la sección, en lugar de repetir “medicamento cubierto recetado para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez que aparece.
* Para obtener más información sobre el significado de medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos cubiertos (formulario)*, las normas y restricciones en la cobertura y la información sobre los costos, vea el Capitulo 5 (*Utilización de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*)y el Capitulo 6(*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*)*.*

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

| **Términos legales** |
| --- |
| Una decisión inicial de cobertura acerca de sus medicamentos de la Parte D se conoce como **“determinación de cobertura.”** |

A continuación, presentamos algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos con relación a sus medicamentos de la Parte D:

* Nos solicita que realicemos una excepción, incluyendo:
  + La solicitud de cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de Medicamentos cubiertos* *(Formulario).*
  + La solicitud de anulación de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como limites en la cantidad de medicamento que puede recibir).
  + *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]*La solicitud de pago de una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto no preferido.
* Nos consulta si tiene cubierto un medicamento y si cumple con todas las normas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando el medicamento está entre la *Lista de Medicamentos cubiertos* *(formulario)* pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.)
  + *Por favor, tenga en cuenta:* Si la farmacia le informa que no se puede presentar su receta tal como está escrita, usted recibirá un aviso por escrito que le explica como comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
* Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compro. Esta es una solicitud de decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla que le ayuda a determinar qué parte contiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

| Si se encuentra en esta situación: | Esto es lo que puede hacer: |
| --- | --- |
| ¿Necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos? | Nos puede solicitar que realicemos una excepción. (Es un tipo de decisión de cobertura.)  Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo. |
| ¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como obtener aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita? | Puede solicitarnos una decisión de cobertura.  Avance a la **Sección 6.4** de este capítulo. |
| ¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pago? | Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión de cobertura.)  Avance a la **Sección 6.4** de este capítulo. |
| ¿Ya le informaremos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted lo desea? | Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que lo reconsideremos.)  Avance a la **Sección 6.5** de este capítulo. |

#### Sección 6.2 ¿Que es una excepción?

Si un medicamento no se cubre de la forma en que usted desearía que fuera cubierto, puede solicitarnos que realicemos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De la misma forma que en otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de realizar una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que recete deberán explicar los motivos médicos por los cuales se necesita la aprobación de la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. A continuación hay [*insert as applicable:* dos *OR* tres] ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario).*** (Para abreviar le llamamos “Lista de Medicamentos”.)

| **Términos legales** |
| --- |
| La solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en la lista de Medicamentos en ocasiones se conoce como solicitud de **“excepción al formulario.”** |

* Si aceptamos realizar una excepción y cubrimos un medicamento no incluido en la Lista de Medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido correspondiente a [*insert as appropriate:* todos los medicamentos *OR* medicamentos en *[insert exceptions tier] OR drugs in [insert exceptions tier] for brand name drugs or [insert exceptions tier] for generic drugs*]*.* No puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o co-seguro que le requerimos que pague por el medicamento.

1. **Anulación de una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto**. Existen reglamentos o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* (para más información, vea el Capitulo 5 y busque la Sección 4).

| **Términos legales** |
| --- |
| La solicitud de anulación de una restricción de cobertura de un medicamento en ocasiones se conoce como solicitud de **“excepción al formulario.”** |

* Los reglamentos y restricciones adicionales de cobertura de determinados medicamentos incluyen:
  + *[Omit if plan does not use generic substitution]* El requisito de utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  + *[Omit if plan does not use prior authorization]* La obtención de la aprobación por anticipado del plan antes de que aceptemos cubrirle su medicamento. (Esto a veces se conoce como “autorización previa.”)
  + *[Omit if plan does not use step therapy]* El requisito de probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto a veces se conoce como “terapia en etapas.”)
  + *[Omit if plan does not use quantity limits]* Limites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad de medicamentos que puede recibir.
* Si aceptamos realizar una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o con-seguro que debe pagar por el medicamento.

**3.** *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this section]* **Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos esta en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. Generalmente, mientras más bajo es el número del nivel costo compartido, menos deberá pagar como la parte del costo que le corresponde del medicamento.

| **Términos legales** |
| --- |
| La solicitud de pago de un precio preferido menor por un medicamento cubierto no preferido en ocasiones se conoce como solicitud de una **“excepción de nivel.”** |

* Si su medicamento se encuentra en *[insert name of non-preferred/highest cost-sharing tier subject to the tiering exceptions process]* nos puede solicitar que lo cubramos a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos en [*insert name of /lowest cost-sharing tier subject to the tiering exceptions process]*. Esto reduciría la parte del costo que le corresponde por el medicamento.
* *[Plans with more than one tier subject to the tiering exceptions process may repeat the bullet above for each tier.]*
* [*If the Plan designated one of its tiers as a “high-cost/unique drug tier” and is exempting that tier from the exceptions process, include the following language:* Usted no puede solicitarnos el cambio del nivel de costo compartido de ningún medicamento en *[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]*.]

### Sección 6.3 Información importante que debe saber acerca de la solicitud de excepciones

#### Su médico debe avisarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que recete deben darnos una justificación que explique los motivos médicos por los cuales solicita una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica del médico o de otro profesional que recete al solicitar una excepción.

Generalmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se conocen como medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

* Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando el médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe resultando seguro y eficaz en el tratamiento de su enfermedad.
* Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 6.5 se indica como presentar una apelación en caso de que rechacemos su solicitud.

En la siguiente sección se indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

#### Sección 6.4 Paso a paso: Como solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura en relación con los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró.

Lo que debe hacer

* **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar la solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura a través de nuestra página web. Para los detalles, vea el Capitulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary]* *Como comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica y los medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos solicita el reembolso del pago de un medicamento, vea la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary]* *Donde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o un medicamento recibido.*
* **Usted o su médico, o alguien que actué en su nombre** pueden solicitaruna decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica como otorgar un permiso por escrito a una persona para que actué como su representante. También puede tener un abogado que actué en su nombre.
* **Si desea solicitarnos el reembolso del pago de un medicamento,** comience por el Capitulo 7 de este manual: *Como solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capitulo 7 describe las situaciones en las que puede ser necesario solicitar un reembolso. Además indica como enviarnos la documentación donde se nos solicite el reembolso de la parte del costo que nos corresponde de un medicamento que usted haya pagado.
* **Si solicita una excepción, presente la “justificación del medico.”** Su médico u otro profesional que receta debe proporcionar los motives médicos de la excepción de medicamentos que está solicitando. (Esto se conoce como “justificación del medico.”) Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos por fax o correo la justificación. O bien, el médico u otro profesional que receta puede informarnos por vía telefónica y, si fuera necesario, posteriormente enviar por fax o correo la justificación firmada. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.
* **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo una solicitud entregada por medio del Formulario del Pedido de Determinación de Cobertura Modelo CMS [*insert if applicable:* o en el formulario de nuestro plan], el cual [*insert if applicable:* está *OR* están] disponible en nuestra página web.
* *[Plans that allow enrollees to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

| **Términos legales** |
| --- |
| A la “decisión de cobertura rápida se le conoce como **“determinación de cobertura acelerada.”** |

* Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar’, a menos que hayamos aceptado emplear los plazos límites “rápidos”. Una decisión estándar implica que la respuesta será informada en las siguientes 72 horas después de haber recibido la justificación del médico. Una decisión rápida significa que responderemos en las siguientes 24 horas.
* **Para recibir una decisión rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  + Puede recibir una decisión rápida *solo* si solicita *un medicamento que aun no recibió*. (No puede recibir una decisión rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compro.)
  + Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si se el uso de plazos estándar podría *ocasionar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad física.*
* **Si su médico u otro profesional que recete nos informa que su salud requiere “una decisión rápida de cobertura” automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
* Si solicita una decisión rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta), decidiremos si su salud requiere una decisión rápida de nuestra parte.
  + Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole (y, en su lugar, emplearemos los plazos estándar).
  + Esta carta le informara que si su médico o el profesional que receta solicita la decisión rápida, automáticamente le proporcionaremos una decisión de cobertura rápida.
  + Esta carta también le indicara como presentar una queja acerca de nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida solicitada por usted. Le informara como presentar una “queja rápida”, que significa que recibiría nuestra respuesta a su reclamación en las siguientes 24 horas. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, vea la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud y le proporcionaremos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

* Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes** **24 horas**.
  + Generalmente, esto significa en las siguientes 24 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le proporcionaremos nuestra respuesta en las siguientes 24 horas después de recibir la justificación del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  + Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisara una organización externa independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos que ocurre en el Nivel de Apelación 2.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positive, ya sea de forma parcial o total,** debemos proporcionarle la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la justificación del médico que respalde su solicitud.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde le explicamos por que nos negamos. Nosotros también le diremos como someter una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” acerca de un medicamento que aun no recibió

* Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas**.
  + Generalmente, esto significa en las siguientes 72 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le proporcionaremos nuestra respuesta en las siguientes 72 horas después de recibir la justificación del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  + Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisara una organización externa independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos que ocurre en el Nivel de Apelación 2.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positive, ya sea de forma parcial o total –** 
  + Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura** acordada **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la justificación del médico que respalde su solicitud.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde le explicamos por que nos negamos. Nosotros también le diremos como someter una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” acerca de un pago por un medicamento que ya compro

* Debemos darle una respuesta **en los siguientes 14 días de calendario** después de recibir su solicitud.
  + Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisara una organización externa independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos que ocurre en el Nivel de Apelación 2.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** también debemos efectuar el pago en los siguientes 14 días de calendario después de recibir su solicitud.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde le explicamos por que nos negamos. Nosotros también le diremos como someter una apelación.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

* Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar una apelación. La solicitud de una apelación significa solicitarnos que reconsideremos – y posiblemente cambiemos – nuestra decisión ya tomada.

#### Sección 6.5 Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 1 (como solicitar una revisión de la decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

| **Términos legales** |
| --- |
| Una apelación al plan en relación con la cobertura de un medicamento de la Parte D también se conoce como **“predeterminación”** del plan**.** |

Paso 1: Comuníquese con nosotros y realice su Apelación de Nivel 1. Si su estado de salud exige una respuesta inmediata, debe solicitar una “apelación rápida”.

Lo que debe hacer

* **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, medico u otro profesional que recete) debe comunicarse con nosotros.**
  + Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o en nuestra página web, por cualquier motive relacionado con su apelación, vea el Capitulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary] Como comunicarse con nosotros para presentar una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D.*
* **Si solicita una apelación estándar, envié la solicitud por escrito.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación llamando a nuestro número de teléfono que se encuentra en el Capitulo 2, Sección 1 *[plans may edit section title as necessary]* (*How to contact our plan when you are making an appeal about your Part D prescription drugs*).]
* **Si solicita una apelación rápida, hágala por escrito o llámenos al número de teléfono que se encuentra en el Capitulo 2, Sección 1** *[plans may edit section title as necessary]* (Como comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D).
* **Nosotros tenemos que aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo una solicitud sometido en la Forma de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS, que está disponible en nuestra página web.
* *[Plans that allow enrollees to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* **Debe someter su solicitud de apelación en los siguientes 60 días de calendario** desde la fecha en que enviamos el aviso escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se le vence esta plazo, y tiene un buen motive para que este se haya vencido, podemos darle más tiempo para someter su apelación. Ejemplos de buenos motivos para el vencimiento del plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionaremos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
* **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.**
  + Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Estamos autorizados de cobrar una tarifa por la copia y el envió de esta información.]
  + Si lo desea, usted y su médico o profesional que receta pueden darnos información adicional que respalde su apelación.

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

| **Términos legales** |
| --- |
| A una “apelación rápida”también se le conoce como **“predeterminación acelerada”**. |

* Si está apelando una decisión que tomamos en relación con un medicamento que aun no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una “apelación rápida.”
* Los requisitos para una “apelación rápida” son los mismos que para una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Nosotros consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

* Cuando nosotros estamos revisando su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

* Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  + Si no damos una respuesta en las siguientes 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisara una Organización Revisora Independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionarle en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde le explicamos el motivo del rechazo y como apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar”

* Si utilizamos plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes** **7 días de calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si no ha recibido el medicamento y su salud requiere que se lo proporcionemos. Si considera que su estado de salud así lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
  + Si no proporcionamos una decisión en los siguientes 7 días de calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisara una Organización Revisora Independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total –** 
  + Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada con la rapidez que su salud requiera, **antes de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
  + Si aprobamos su solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compro, debemos **enviarle el pago en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
* **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una declaración por escrito donde se explicara el motivo del rechazo y como apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

* Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa por medio de la presentación de otra apelación.
* Si decide realizar otra apelación, esto significa que su apelación pasara al Nivel 2 del proceso de apelación (ver a continuación).

#### Sección 6.6 Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa mediante la presentación de otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora Independiente** revisara la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es **“Entidad Revisora Independiente”.** A veces también se le conoce como **“IRE” (por su sigla en ingles).** |

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante o su médico o otro prescriptor) deben comunicarse con la Organización Revisora Independiente y solicitar una revisión de su caso.

* Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** en la Organización Revisora Independiente. Estas instrucciones le indicaran quien puede realizar esta Apelación de Nivel 2, cuales son los plazos que debe cumplir y como ponerse en contacto con la organización revisora.
* Al presentar una apelación con la Organización Revisora Independiente, enviaremos la información que poseamos sobre su apelación a esta organización Esta información se conoce como su “archivo”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo.** [*If a fee is charged, insert:* Nosotros podemos cobrarle por sacar copias y mandarle esta información.]
* Usted tiene derecho a proporcionar a la Organización Revisora Independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: La Organización Revisora Independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

* **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Es una empresa seleccionada por Medicare para revisar nuestras decisiones relacionadas con sus beneficios de la Parte D con nosotros.
* Los revisores de la Organización Revisora Independiente repasaran minuciosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicara su decisión por escrito y le explicara los motivos.

Plazos para una apelación “rápida” en el Nivel 2

* Si su estado de salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Organización Revisora Independiente.
* Si la organización revisora acepta otorgarle una “apelación rápida” la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en **las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
* **Si la Organización Revisora Independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total,** debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobado por la organización revisora **en las siguientes 24 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.

Plazos para una apelación “estándar” en el Nivel 2

* Si usted tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación.
* **Si la Organización Revisora Independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total –** 
  + Si la Organización Revisora Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización revisora **en las siguientes 72 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.
  + Si la Organización Revisora Independiente aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compro, debemos **enviarle el pago a usted en los siguientes 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización revisora.

¿Que sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se conoce como “mantener la decisión”. También se le conoce como “rechazo de su apelación”).

Para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura solicitada es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización Revisora Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en discusión para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura solicitada cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
* Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación. Si decide realizar una tercera apelación, los detalles sobre cómo solicitarla se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
* La Apelación de Nivel 3 es evaluada por un juez de derecho administrativo. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

### SECCIÓN 7 Como solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo

*[MA-only plans: Renumber sections 7 through 10 and update cross references as needed.]*

Cuando lo admiten en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que necesite para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención en el hospital, incluidas las limitaciones de la cobertura, vea el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*

Durante la estadía en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán junto a usted para prepararse para el día que le den de alta del hospital. Además, le ayudarán a organizar la atención que pudiera necesitar después de salir del hospital.

* El día que sale del hospital se conoce como la “**fecha de alta**”. La cobertura de nuestro plan de su estadía en el hospital termina en esta fecha.
* Cuando se haya decidido su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo informarán.
* Si usted considera que le están dando de alta antes de tiempo, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada y se considerará su solicitud. En esta sección se le informa cómo solicitarla.

#### Sección 7.1 Durante la estadía en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informara sus derechos

Durante la estadía en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un* *Mensaje Importante de Medicare acerca de sus Derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso al ser admitidas en un hospital. Alguna persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero) le dará el aviso en los siguientes dos días después de ser admitido. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicio al Miembro (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**1. Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo entiende.** El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluyendo:

* Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la estadía en el hospital, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
* Su derecho a participar en las decisiones relacionadas con su internación y a conocer quién la pagará.
* Dónde reportar sus preocupaciones sobre la calidad de atención en el hospital.
* Su derecho a apelar la decisión de darle de alta si considera que le están dando de alta del hospital antes de tiempo.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede “solicitar una revisión inmediata”. La solicitud de una revisión inmediata constituye una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta de modo que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. ([*Insert as applicable:* Sección 6.2 *OR* Sección 7.2] a continuación le informa como puede solicitar una revisión inmediata.) |

**2. Usted debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende cuáles son sus derechos.**

* Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
* La firma del aviso demuestra *sólo* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no incluye la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta). La firma del aviso ***no* implica** que usted acepta una fecha de alta.

1. **Conserve su copia** del aviso firmado para tener la información sobre como presentar una apelación (o expresar una inquietud acerca de la calidad de la atención) a mano en caso de necesitarla.

* Si firma el aviso más de 2 días antes del alta del hospital, se le entregará otra copia antes de que se programe el alta.
* Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Departamento de Servicio al Miembro (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea en http://www.cms.gov/BNI/12\_HospitalDischargeAppealNotices.asp.

#### Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitarnos que los servicios hospitalarios sean cubiertos durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

* **Siga el Proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación se explican a continuación.
* **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos correspondientes a lo que deba hacer.
* **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, por favor llame al Departamento de Servicio al Miembro (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta programada es adecuada para usted por razones médicas.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

| **Términos Legales** |
| --- |
| A la “revisión rápida” también se le conoce como **“revisión inmediata”.** |

¿Que es la organización para el Mejoramiento de Calidad?

* Esta organización es un grupo de médico y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

***¿Como puede comunicarse con esta organización?***

* El aviso escrito que recibió (Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos) le informa cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

Debe actuar con rapidez:

* Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad antes de salir del hospital y  **antes de la fecha de alta programada.** (La “fecha de alta programada” es la fecha en que se determino que debe salir del hospital.)
  + Si cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin tener que pagar*, mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
  + Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, es posible que *deba pagar todos los costos* de atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.
* Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad por su apelación, puede realizar dicha apelación directamente con nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de realizar su apelación, consulte [*insert as applicable:* Sección 6.4 *OR* Sección 7.4].

Solicite una “revisión rápida”:

* Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad una **“revisión rápida”** de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándar.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “**revisión rápida**” también se conoce como “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**.” |

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.**

***¿Qué sucede durante esta revisión?***

* Los profesionales del cuidado de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “revisores” para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) porque considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
* Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros le hayamos proporcionado.
* Para el mediodía del día después de que los revisores hayan informado a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito donde se le proporcionará su fecha de alta programada y se explicarán los motivos por los cuales el médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (adecuado por razones médicas) que sea dado de alta en esa fecha.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Esta explicación por escrito se conoce como “**Aviso Detallado de Alta”.** Para obtener una muestra de este aviso, llame al Departamento de Servicio al Miembro (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.) También puede obtener una muestra del aviso en línea en http://www.cms.hhs.gov/BNI/ |

**Paso 3: Durante el día posterior a obtener toda la información necesaria, la Organización para el Mantenimiento de Calidad le comunicará la respuesta a su apelación.**

***¿Qué sucede si la respuesta es positiva?***

* Si la organización revisora proporciona una respuesta *acepta* su apelación, **debemos continuar proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que resulten necesarios por razones médicas.**
* Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponden (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que existan limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de este manual).

***¿Qué sucede si la respuesta es negativa?***

* Si la organización revisora *rechaza* su apelación, significa que la fecha de alta programada es adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios finalizará** la tarde del día *posterior* a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad responda a su apelación.
* Si la organización revisora rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención recibida en el hospital después de la tarde del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad responda a su apelación.

**Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar otra apelación.**

* Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede realizar otra apelación. Realizar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

#### Sección 7.3 Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante la Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación en el Nivel 2, usted quizás tenga que pagar el costo completo por su estadía después de su fecha de alta programada.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

**Paso 1: Vuelve a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicita otra revisión.**

* Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión sólo si permaneció en el hospital después de la fecha de terminación de la cobertura de la atención.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

* Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: En los siguientes 14 días calendario, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.**

***Si la organización revisora proporciona una respuesta positiva****:*

* **Debemos reembolsarle** la parte del costo que nos corresponde por la atención hospitalaria recibida a partir de la tarde del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó la primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria durante el tiempo que sea necesaria por razones médicas.**
* Debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde y se pueden aplicar limitaciones en la cobertura.

***Si la organización revisora proporciona una respuesta negativa:***

* Significa que está de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se conoce como “mantener la decisión”.
* El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Éste le proporcionará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización revisora rechaza su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y realizar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
* [*Insert as applicable:* Sección 8 *O* Sección 9] este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

#### Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?

Puede apelar ante nosotros en su lugar

Como se explica en [*insert as applicable:* Sección 6.2 *OR* Sección 7.2], debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación del alta del hospital. (“Con rapidez” significa antes de salir el hospital y de la fecha de alta programada). Si vence el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma apelar la decisión.

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

Paso a paso: Como presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como **“apelación acelerada”**. |

**Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.**

* Si desea detalles sobre cómo comunicarse con nuestro plan, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación relacionada con su atención médica y medicamentos recetados de la Parte D.*

* **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”**. Esto significa que usted nos solicita que le proporcionemos una respuesta en los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la fecha de alta programada, para comprobar si el alta era correcta por razones médicas.

* Durante esta revisión, chequeamos toda la información relacionada con su estadía en el hospital. Comprobamos que la fecha de alta programada haya sido adecuada por razones médicas. Verificaremos que la decisión sobre cuándo debía salir el hospital haya sido justa y se hayan cumplido todas las normas.
* En esta situación, utilizaremos los plazos “rápidos” en vez de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

**Paso 3: Le proporcionamos a usted nuestra decisión entre las siguientes 72 horas después de la solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

* **Si aceptamos su solicitud de una apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted que todavía necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta, y continuaremos cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Además, significa que aceptamos reembolsarle la parte del costo que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en la que determinamos que debía finalizar la cobertura. (Usted debe pagar la parte del costo que le corresponde y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
* **Si le damos una respuesta negativa a su apelación rápida**, significa que la fecha de alta programada era correcta por razones médicas. Nuestra cobertura de servicios hospitalarios termina a partir del día en que determinamos que finalizaba la cobertura.
* Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta programada, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.

**Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso *automáticamente* será enviado al siguiente nivel del proceso de apelación.**

* Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al rechazar su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la “Organización Revisora Independiente”. Cuando hacemos esto, significa que *automáticamente* pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a Paso: Como presentar una apelación de Nivel 2 *Alternativa*

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso será *automáticamente* enviado al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora** **Independiente** revisa la decisión a la que llegamos de rechazar su “apelación rápida.” Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es **“Entidad Revisora Independiente.”** Algunas veces también se le llama **“IRE.”** |

Paso 1: Nosotros automáticamente enviaremos su caso a la Organización Revisora Independiente.

* Nosotros tenemos la obligación de enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización Revisora Independiente entre las 24 horas siguientes que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones [*Insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo le indica como presentar una queja.)

Paso 2: La Organización Revisora Independiente hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en las siguientes 72 horas.

* **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare**. Esta organización no está conectada con nuestro plan ni es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización Revisora Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Revisores en la Organización Revisora Independiente revisaran detenidamente toda la información relacionada con su apelación de alta del hospital.
* **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle el pago) nuestra parte del costo por la atención del hospital que recibió a partir de la fecha de alta programada. También debemos continuar la cobertura del plan de servicios de hospital durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que debamos reembolsarle o el tiempo durante el cual debamos continuar la cobertura de sus servicios.
* **Si esta organización *rechaza* su apelación,** esto significa que está de acuerdo con nosotros que su fecha de alta del hospital programada era correcta por razones médicas.
  + La notificación que reciba de la Organización Revisora Independiente le informara por escrito que puede hacer si usted desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo seguir a una Apelación de Nivel 3, de la cual se encarga un juez.

Paso 3: Si la Organización Revisora Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

* Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta la decisión o continúa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
* [*Insert as applicable:* Sección 8 *OR* Sección 9] en este capítulo le da más información sobre los Niveles 3,4, y 5 del proceso de apelación.

### SECCIÓN 8 Como solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura está finalizando demasiado temprano

#### Sección 8.1 Esta sección trata solamente de tres servicios:Cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un establecimiento de enfermería y en un Centro de Rehabilitación Completa (CORF)

Esta sección trata *solamente* sobre los siguientes tipos de atención:

* **Servicios de cuidado de la salud en el hogar** que usted esté recibiendo.
* **Cuidado en un Establecimiento de Enfermería** que usted esté recibiendo como paciente en un establecimiento de enfermería. (Para saber los requisitos necesarios para ser considerado como “establecimiento de enfermería”, vea [*insert as applicable:* Capitulo 10 *OR* Capitulo 12], *Definiciones de palabras importantes*)
* **Cuidado de rehabilitación** que usted esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF) aprobado por Medicare. Usualmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación mayor. (Para más información sobre este tipo de centro, vea [*insert as applicable:* Capitulo 10 *OR* Capitulo 12], *Definiciones de palabras importantes*.)

Cuando usted está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene el derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que se necesite esa atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para más información sobre sus servicios cubiertos, incluyendo la parte del costo que le corresponde y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicar, vea el Capitulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que es el momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención, tenemos la obligación de informárselo con anticipación. Cuando su cobertura para esa atención termine, *dejaremos de pagar la parte del costo que nos corresponde por la atención.*

Si usted considera que terminamos la cobertura de su atención antes de tiempo, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa como pedir una apelación.

#### Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuando su cobertura va a terminar

**1.** **Usted recibe una notificación por escrito.** Al menos dos días antes que nuestro plan deje de cubrir su atención, la agencia o centro que proporciona la atención le dará un aviso.

* La notificación escrita le informa la fecha en la que terminara la cobertura de su atención.
* La notificación escrita también le indicara que puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie su decisión acerca de cuándo terminar la cobertura de su atención, y a mantener la cobertura durante un tiempo más largo.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Al informarle que puede hacer, la notificación escrita le está indicando como puede solicitar una “**apelación por la vía rápida.”** La solicitud de una apelación por vía rápida constituye una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura en el momento de terminar su atención. ([*Insert as applicable:* Sección 7.3 *OR* Sección 8.3] a continuación se indica cómo puede solicitar una apelación por la vía rápida.) |
| La notificación escrita se conoce como **“Aviso de no cobertura de Medicare.”** Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicio al Miembro (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.). También puede ver una copia en línea en http://www.cms.hhs.gov/BNI/ |

**2.** **Usted debe firmar la notificación escrita para demostrar que la recibió.**

* Usted o alguien que esté actuando en su nombre debe firmar la notificación. (La Sección 4 le explica como otorgar un permiso escrito a otra persona para que actué como su representante.)
* Firmar la notificación demuestra *solo* que usted recibió la información sobre cuando se terminara su cobertura. **Firmarlo no implica que este usted de acuerdo** con el plan de que es el momento de terminar la atención.

#### Sección 8.3 Paso-a-paso: Como presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cobra su atención durante un tiempo más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un tiempo más largo, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda que debe hacer y cuáles son los plazos.

* **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación se explica a continuación.
* **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir los plazos que se aplican a lo que debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe respetar. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, usted puede presentar una queja. [*Insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] de este capítulo se indica como presentar una queja.)
* **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicio al Miembro (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación y decide si se debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.**

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: contacte con la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Que es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

* Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos chequean la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan en cuanto al momento que se termina la cobertura de ciertos tipos de atención medica.

¿Como puede comunicarse con esta organización?

* La notificación escrita que usted recibe le indica como comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capitulo 2, Sección 4 de este manual.)

¿Que debo solicitar?

* Solicite que esta organización haga una revisión independiente de si es correcto por razones médicas que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

* Usted debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su apelación *no más tarde que el mediodía del día que recibe la notificación escrita que le informa que se termina la cobertura de su atención.*
* Si pierde el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad por su apelación, puede hacer la apelación con nosotros directamente. Para obtener detalles sobre esta otra forma de hacer su apelación, vea [*insert as applicable:* Sección 7.5 *OR* Sección 8.5].

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Que sucede durante esta revisión?

* Profesionales del cuidado de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “revisores” para abreviar) le preguntaran a usted (o a su representante) porque cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
* La organización revisora también analizara su información médica, hablara con su médico y revisara la información que nuestro plan les haya entregado.
* Al final del día, los revisores nos informaran de su apelación, usted también recibirá una notificación escrita en la cual le informamos nuestras razones detalladamente de la terminación de la cobertura de sus servicios.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Esta explicación por escrito se llama “**Explicación Detallada de No Cobertura.”** |

Paso 3: Dentro de un día complete después de haber recibido toda la información necesaria, los revisores le informaran a usted su decisión.

¿Que sucede si los revisores aceptan su apelación?

* Si los revisores *aceptan* su apelación, **nosotros debemos continuar proporcionándole los servicios cubiertos durante el tiempo que seas necesarios por razones médicas**.
* Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si estos aplican). Adicionalmente, pueden haber limitaciones en los servicios cubiertos (vea el Capitulo 4 de este manual).

¿Que sucede si los revisores rechazan su apelación?

* Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura terminara en el día en que le habíamos informado**. Detendremos el pago de la parte de los costos que nos corresponde de esta atención.
* Si usted decide continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar o cuidado en un establecimiento de enfermería o Cuidado en un Centro de Rehabilitación Completa (CORF) *después* de la fecha de finalización de su cobertura, entonces **y usted deberá pagara el costo total** por esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

* Esta primera apelación que realiza es el “Nivel 1” del proceso de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 1 – y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura haya terminado – entonces usted puede presentar otra apelación.
* Presentar otra apelación significa que usted pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

#### Sección 8.4 Paso-a-paso: Como presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cobra su atención durante un período más largo

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de que su cobertura haya terminado, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante la Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise de nuevo la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar o cuidado en un establecimiento de enfermería o Cuidado en un Centro de Rehabilitación Completa (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura.

Aquí están los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted contacta a la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicita otra revisión.

* Usted debe solicitar esta revisión en los **siguientes 60 días** después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazo su apelación de Nivel 1. Solamente puede solicitar esta revisión si continúo recibiendo atención después de la fecha que terminó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de Calidad volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los siguientes 14 días, los revisores en la Organización para el Mejoramiento de Calidad decidirán su apelación y le comunicaran su decisión.

¿Que sucede si la organización revisora acepta su apelación?

* Nosotros **debemos reembolsarle** por nuestra parte del costo de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. Nosotros **debemos continuar proporcionando cobertura** por su atención durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.
* Usted debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde y es posible que existan ciertas limitaciones de cobertura.

¿Que sucede si la organización revisora lo rechaza?

* Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos en su Apelación de Nivel 1 y no la cambiaran.
* La notificación que recibirá le informara por escrito que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionara los detalles de cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted tendrá que decidir si quiere continuar con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede decidir si acepta esa decisión o continúa al Nivel 3 y realiza otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
* [*Insert as applicable:* Sección 8 *O* Sección 9] de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3,4, y 5 del proceso de apelación.

#### Sección 8.5 ¿Que sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?

Usted puede apelar a nosotros en su lugar

Como se explico anteriormente en [*insert as applicable:* Sección 7.3 *O* Sección 8.3], usted debe actuar con rapidez para contactar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su primera apelación (en uno o dos días, como máximo). Si se vence el plazo para contactar a esta organización, existe otra forma de hacer su apelación. Si usted utiliza esta otra forma de hacer la apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a Paso: Como realizar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para contactar con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, usted puede apelar a nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Aquí están los pasos para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “**apelación acelerada”.** |

Paso 1: Contáctenos y solicite una “revisión rápida”.

* Para detalles sobre cómo contactarnos, vea el Capitulo 2, Sección 1.2 y busque la sección llamada, *Como contactarnos cuando usted está realizando una apelación sobre su atención medica.*
* **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.**  Esto significa que nos está solicitando que le proporcionemos una respuesta con los plazos “rápidos” en vez de los plazos “estándar”.

Paso 2: Nosotros realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuando terminar la cobertura de sus servicios.

* Durante esta revisión, repasamos nuevamente toda la información de su caso. Nosotros comprobamos si seguimos todas las normas al determinar la fecha cuando termino la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
* Nosotros utilizaremos los plazos “rápidos” en vez de los plazos estándar para darle una respuesta de esta revisión. (Generalmente, si realiza una apelación a nuestro plan y pide una “revisión rápida”, nosotros podemos decidir si aceptamos su solicitud para darle una “revisión rápida”. Pero en esta situación, las normas nos requieren darle una respuesta rápida si lo solicita.)

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

* **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesitas los servicios durante más tiempo y continuaremos proporcionándole la cobertura de sus servicios mientras sea necesario por razones medicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte del costo que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en que determinamos que debía terminar su cobertura. (Usted debe pagar la parte del costo que le corresponde y es posible que apliquen limitaciones de cobertura.)
* **Si rechazamos su apelación rápida,** entonces su cobertura terminara en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
* Si usted continua recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar o cuidado en un establecimiento de enfermería o Cuidado en un Centro de Rehabilitación Completa (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso *automáticamente* pasara al siguiente nivel del proceso de apelación.

* Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización Revisora Independiente.”**  Al hacer esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a Paso: Como presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso pasara *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si nuestra decisión debe ser cambiada.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es **“Entidad Revisora Independiente.”** A veces también se le conoce como **“IRE.”** |

Paso 1: Nosotros automáticamente reenviaremos su caso a la Organización Revisora Independiente.

* Estamos obligados a mandar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización Revisora Independiente en las siguientes 24 horas a partir de cuándo le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no cumplimos con este u otros plazos, usted puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. [*Insert as applicable:* Sección 9 *O* Sección 10] de este capítulo le explica como presentar una queja.)

Paso 2: La Organización Revisora Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en las siguientes 72 horas.

* **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.**  Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización Revisora Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Los revisores de la Organización Revisora Independiente revisaran detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
* **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces demos reembolsarle (devolverle el pago) de nuestra parte del costo de la atención que usted recibió a partir de la fecha en que determinamos que debía terminar su cobertura. También debemos continuar proporcionando la cobertura de atención mientras sea necesario por razones médicas. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de la cobertura, estas podrían limitar la cantidad que debamos reembolsarle o el tiempo durante el cual tenemos que continuar la cobertura de sus servicios.
* **Si esta organización *rechaza* su apelación,** esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada por nuestro plan en relación con su primera apelación y no la cambiaran.
  + La notificación que recibirá de la Organización Revisora Independiente le informara por escrito que puede usted hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le dará los detalles de cómo continuar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización Revisora Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esta decisión o si continúa al Nivel 3 y realiza otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
* *[Insert as applicable:* Sección 8 *O* Sección 9] en este capítulo le da más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

### SECCIÓN 9 Como presentar su apelación en el Nivel 3 y los niveles superiores

#### Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4, and 5 para Apelaciones de Servicios Médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si usted ha presentado una Apelación de Nivel 1 y 2, y sus dos apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que usted ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, puede usted continuar a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor al mínimo, usted no podrá hacer más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficiente alto, la respuesta por escrita que usted recibió en el Nivel 2 de su apelación, le explicara a quien contactar y qué hacer para una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles funcionan de la misma manera. Aquí se explica quien está a cargo de su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisara su apelación y le dará una respuesta. Este juez se llama “Juez de Derecho Administrativo.”

* **Si el Juez de Derecho Administrativo acepta su apelación, el proceso de apelación *puede* u *no* terminar** – Nosotros decidiremos si se debe apelar esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (Organización Revisora Independiente), nosotros tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que es favorable para usted.
  + Si nosotros decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle a usted el servicio entre los siguientes 60 días después de recibir la decisión del juez.
  + Si decidimos apelar la decisión, nosotros le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos que sean necesarios. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionarle el servicio en cuestión.
* **Si el Juez de Derecho Administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* u *no* haber terminado.** 
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
  + Si usted no desea aceptar esta decisión, usted puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, la notificación que usted reciba, le explicara qué hacer si desea continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de Apelaciones** revisara su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

* **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo de Apelaciones rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado** – Nosotros decidiremos si debemos apelar la decisión al Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización Revisora Independiente), nosotros tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que es favorable para usted.
  + Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio entre los siguientes 60 días del calendario después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones.
  + Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
* **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado.** 
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
  + Si usted no desea aceptar la decisión, usted puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación, la notificación que usted recibirá le explicara si las normas le permiten seguir a la Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten que continúe, la notificación por escrito también le informara a quien debe contactar y qué hacer si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisara su apelación.

* Este es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

#### Sección 9.2 Niveles de Apelación 3,4 y 5 para las Apelaciones de los medicamentos de la Parte D

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si usted ha hecho una Apelación de Nivel 1 y 2, y las dos apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted está apelando cumple una cierta cantidad de dólares, puede usted continuar a los niveles adicionales del proceso de apelación. Si la cantidad en dólares es menos, no podrá usted seguir con las apelaciones. La notificación escrita que usted recibirá acerca de la respuesta de su Apelación de Nivel 2 le explicara a quien contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Aquí se detalla quien está a cargo de la apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisara su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le conoce como “Juez de derecho administrativo.”

* **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones ha terminado.** Lo que usted solicito en la apelación ha sido aprobado. Nosotros estamos obligados a **autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento** que fue aprobado por el juez de derecho administrativo  **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después que hayamos recibido la decisión.
* **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede o no* haber terminado**.
  + Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
  + Si usted no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, la notificación que usted recibirá le explicara que tiene que hacer si desea continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 4 El** **Consejo de Apelaciones** revisara su apelación y le comunicara la respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

* **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones ha terminado.** Lo que usted solicito en la apelación ha sido aprobado. Nosotros debemos **autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento**  que fue aprobado por el Consejo de Apelaciones **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
* **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado.** 
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
  + Si usted no desea aceptar la decisión, es posible que usted pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar su apelación, la notificación que usted recibirá le informara si las normas le permiten a usted continuar al Nivel 5 de Apelación. Si las normas le permiten continuar, la notificación escrita también le informara a quien debe contactar y qué hacer si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez de la  **Corte del Distrito Federal** revisara su apelación.

* Este es el último paso del proceso de apelación.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

### SECCIÓN 10 Como presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, tiempo de espera, el servicio al cliente y otras cuestiones

question mark. Si su problema está relacionado con las decisiones sobre beneficios, cobertura o pagos, entonces esta sección *no es para usted*. En su lugar, usted debe utilizar el proceso de decisiones para cobertura y apelaciones. Consulte la sección 4 de este capítulo.



#### Sección 10.1 ¿Que tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. Este proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Aquí se dan ejemplos de los tipos de problemas que se atienden en el proceso de quejas.

Si tiene alguno de este tipo de problemas, usted puede “presentar una queja”

| Queja | Ejemplo |
| --- | --- |
| **Calidad de su**  **atención medica** | * ¿No está conforme con la calidad de la atención medica que recibe (incluyendo la atención en el hospital)? |
| **Respeto de su**  **privacidad** | * ¿Cree usted que alguien no respeto su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera debe ser confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas** | * ¿Alguien fue descortés o le falto el respeto? * ¿Esta descontento con el trato que recibió de nuestro Servicios para Miembros? * ¿Siente usted que lo incentivan para que abandone el plan? |
| **Tiempos de Espera** | * ¿Tiene usted problemas para obtener una cita o tiene que esperar demasiado para obtenerla? * ¿Ha tenido que esperar a médicos durante mucho tiempo, [*Part D plans insert:* farmaceutas,] o otros profesionales del cuidado de la salud? ¿O a nuestro departamento de Servicio a Miembros u otro personal del plan?   + Ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, [*Part D plans insert:* cuando recibe una receta,] o en la sala de exámenes. |
| **Limpieza** | * ¿Esta usted descontento con la limpieza o el estado de una clínica, hospital, o consultorio del médico? |
| **Información que recibe de nosotros** | * ¿Cree usted que no ha recibido una notificación que debemos proporcionarle? * ¿Cree usted que la información por escrito que le proporcionamos es difícil de entender? |
| **Puntualidad** (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y apelaciones) | El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones se explica en las secciones 4-[*insert as applicable:* 8 *O* 9] de este capítulo. Si usted está solicitando una decisión o presenta una apelación, usted debe utilizar ese proceso, no el proceso de quejas.  Sin embargo, si usted ya nos solicito una decisión de cobertura o presenta una apelación, y usted considera que no le estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja acerca de nuestra lentitud. Aquí están algunos ejemplos:   * Si usted nos solicito que le demos una “respuesta rápida de cobertura” o una “apelación rápida,” y lo rechazamos, usted puede presentar una queja. * Si usted considera que no estamos cumpliendo con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que usted ha realizado, puede presentar una queja. * Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos darle la cobertura o reembolsarle por determinados servicios médicos [*Part D plans insert:* o medicamentos], existen plazos que aplican. Si usted considera que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. * Cuando no le proporcionamos una decisión a tiempo, estamos obligados a reenviar su caso a la Organización Revisora Independiente. |

#### Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”

| **Términos Legales** |
| --- |
| * Lo que esta sección llama **“queja”** también se conoce como **“queja formal”**. * Otro nombre para **“realizar una queja”** es **“presentar una queja formal.”** * Otra forma de decir “**utilizando el proceso para quejas”** es “**utilizando el proceso para la presentación de una queja formal.”** |

#### Sección 10.3 Paso-a-paso: Presentando una queja

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

* **Usualmente, el primer paso es llamar al Departamento de Servicio al Miembro.** Si debe hacer algo mas, el Departamento de Servicio al Miembro se lo informara. *[Insert phone number, TTY, and days and hours of operation.]*
* **Si no desea llamar por teléfono (o llamo y no quedo satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.**  Si usted nos envía su queja por escrito, nosotros responderemos a su queja por escrito.
* *[Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]*
* **Ya sea que llame o escriba, usted debe contactar al Departamento de Servicio al Miembro de inmediato.** La queja debe ser hecha en los siguientes 60 días calendarios después que ocurrió el problema por el cual realiza la queja.
* **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una “respuesta rápida de cobertura” o “apelación rápida,’ automáticamente le daremos una “queja rápida.”** Si usted tiene una queja “rápida”, esto significa que le daremos una respuesta en las siguientes 24 horas.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Lo que esta sección llama una **“queja rápida”** también se conoce como **“queja formal acelerada.”** |

Paso 2: Revisamos su queja y le damos una respuesta.

* **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que le respondamos rápidamente, lo haremos.
* **La mayoría de quejas se responden en 30 días calendarios.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendarios más (44 días calendario total) para responder a su queja.
* **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma parcial o total o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual usted presenta la queja, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestros motivos por la respuesta. Nosotros debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

#### Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad

Usted puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que recibió de nuestra parte por medio del proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es acerca de la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

* **Usted puede realizar su queja a la Organización para el Mejoramiento de Calidad.** Si usted lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención recibida directamente a esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
  + La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.
  + Para encontrar el nombre, dirección, y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado, vea el Capitulo 2, Sección 4 de este manual. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
* **O puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo.** Si usted lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención a nosotros y también a la Organización para el Mejoramiento de Calidad.

#### Sección 10.5 También le puede informar a Medicare acerca de su queja

Usted puede someter una queja sobre *[insert 2015 plan name]* directamente a Medicare. Para someter una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y usara esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o preocupación, o si usted siente que el plan no está solucionando su problema, por favor llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## Capitulo 10. Terminar su membrecía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 238

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en terminar su membrecía en nuestro plan 238

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membrecía en nuestro plan? 238

Sección 2.1 Usted puede terminar su membrecía durante el Periodo de Inscripción Anual 238

Sección 2.2 Usted puede terminar su membrecía durante el Periodo de Cancelación de Medicare de Ventaja Anual, pero sus opciones son más limitadas 240

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede terminar su membrecía durante un Periodo Especial de Inscripción 241

Sección 2.4 ¿Donde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar con su membrecía? 242

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membrecía de nuestro plan? 243

Sección 3.1 Usualmente, usted cancela su membrecía cuando se inscribe en otro plan 243

SECCIÓN 4 Hasta que su membrecía termine, usted debe seguir recibiendo sus servicios médicos [*insert if applicable:* y medicamentos] a través de nuestro plan 245

Sección 4.1 Hasta que su membrecía termine, usted continua siendo miembro de nuestro plan 245

SECCIÓN 5 *[Insert 2015 plan name]* debe terminar su membrecía en nuestro plan en determinadas situaciones 247

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membrecía en nuestro plan? 247

Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud 247

Sección 5.3 Usted tiene el derecho de presentar una queja si nosotros cancelamos su membrecía en nuestro plan 248

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en terminar su membrecía en nuestro plan

Terminar su membrecía en *[insert 2015 plan name]* puede ser **voluntariamente** (por su propia decisión) o **involuntariamente** (no por su propia decisión):

* Usted puede irse de nuestro plan porque decidió que *desea*  irse.
  + Existen solamente determinadas épocas del año, o ciertas situaciones, cuando puede decidir voluntariamente cancelar su membrecía en el plan. La Sección 2 le describe *cuando* usted puede cancelar su membrecía en el plan.
  + El proceso para terminar su membrecía voluntariamente varía dependiendo de qué tipo de nueva cobertura está usted eligiendo. La Sección 3 describe *como* terminar su membrecía en cada situación.
* También existen situaciones limitadas en las que usted no elije irse, pero nos vemos obligados a terminar su membrecía. La Sección 5 describe las situaciones en que debemos cancelar su membrecía.

Si se va de nuestro plan, usted debe continuar recibiendo su atención medica [*insert if applicable:* y medicamentos] a través de nuestro plan hasta que su membrecía termine.

### SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membrecía en nuestro plan?

Usted puede terminar su membrecía en nuestro plan solamente durante determinados periodos del año, conocidos como periodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de irse del plan durante el Periodo de inscripción anual y durante el Periodo de cancelación de Medicare de Ventaja anual. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para cambiar de plan en otros momentos del año.

#### Sección 2.1 Usted puede terminar su membrecía durante el Periodo de Inscripción Anual

Usted puede terminar su membrecía durante el **Periodo de Inscripción Anual (**también conocido como el “Periodo de Elección Coordinada Anual”). Este es el momento en que usted debería revisar su cobertura médica [*insert if appropriate:* y medicamento] y tomar una decisión sobre su cobertura para el año próximo.

* **¿Cuando es el Periodo de Inscripción Anual?** Se lleva a cabo desde del 15 de octubre al 7 de diciembre.
* **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Periodo de Inscripción Anual?** Durante este tiempo, usted puede revisar su cobertura de salud y [*if applicable:* su cobertura de medicamentos recetados]. Puede elegir quedarse con su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de salud de Medicare (Puede elegir un plan que cobra medicamentos recetados o uno que no cobra medicamentos recetados.);
  + Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare;
  + *– o –* Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
    - *[MA-only plans omit]* **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos recetados, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

*[MA-only plans omit]* **Nota:** Si usted se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura valida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tarde si después se inscribe a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “Valida” significa que se espera que la cobertura pague, en estimación, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.) Vea el Capitulo 6, Sección 10 para más información acerca de la multa por inscripción tardía.

* **¿Que necesita hacer para cambiar de plan?**

[*MA-PD plans insert bullets below:*

* + Si quiere cambiar a Medicare Original e inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare: Simplemente inscríbase al Nuevo plan. Se le dará de baja de nuestro plan y estará inscrito en Medicare Original cuando la cobertura de su nuevo plan de medicamentos recetados empiece.
  + Si usted tiene pensando cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados: Comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro para información de cómo darse de baja (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, para pedir que se le dé de baja de nuestro plan. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.]

[*MA-only plans insert bullets and text below*:

* + Si quiere cambiar al Medicare Original: Es necesario que pida dares de baja de nuestro plan. Para más información de cómo pedir la baja comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros (los números de teléfono están atrás de este manual). También puede llamar al1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, para pedir darse de baja de nuestro plan. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
  + Si está inscrito en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare:
    - Darse de baja de nuestro plan no afectara su inscripción en su plan de medicamentos recetados.
    - Si desea inscribirse en un nuevo plan de medicamentos recetados, debe pedir la inscripción al nuevo plan que haya elegido. Cambiarse de su plan de medicamentos recetados de Medicare, *no* le dará de baja automáticamente de nuestro plan.
  + Si usted no tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare con otro plan, puede inscribirse a otro plan de Medicare que no incluya cobertura de medicamentos o puede cambiarse al Medicare Original.]
* **¿Cuándo se terminara su membrecía?** Su membrecía terminara cuando la cobertura de su nuevo plan comience en el 1 de enero.

#### Sección 2.2 Puede darse de baja durante el Periodo de Cancelación de Medicare de Ventaja Anual, pero sus opciones son más limitadas

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Periodo de Cancelación de Medicare de Ventaja Anual.**

* **¿Cuando es el Periodo de Cancelación de Medicare de Ventaja Anual?** Este ocurre todos los años desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero.
* **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Periodo de Cancelación de Medicare de Ventaja Anual?** Durante este periodo, puede cancelar su inscripción en el Plan Medicare de Ventaja y cambiarse al Medicare Original. [*MA-PD plans insert the following:* Si usted desea cambiarse al Medicare Original durante este periodo, tiene hasta el 14 de febrero para inscribirse a un plan separado de medicamentos recetados de Medicare para agregar la cobertura de medicamentos.] [*MA-only plans insert the following:* Si usted está inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, no puede cancelar esa cobertura cuando se cambia al Medicare Original.]
* **¿Cuando se terminara su membrecía?** Su membrecía terminara el primer día del mes después de que recibimos su petición de cambiarse al Medicare Original. [*MA-PD plans insert the following:* Si usted decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membrecía en el plan de medicamentos empezara en el primer día del mes después que el plan de medicamentos recibió su petición de inscripción.]

#### Sección 2.3 En ciertas situaciones, usted puede terminar su membrecía durante un Periodo Especial de Inscripción

En ciertas situaciones, miembros de *[insert 2015 plan name]* pueden ser elegibles para darse de baja en otros momentos del año. Este se conoce como **Periodo Especial de Inscripción**.

* **¿Quien es elegible para el Periodo Especial de Inscripción?** Si alguna de las siguientes situaciones aplican a usted, puede darse de baja durante un Periodo Especial de Inscripción. Estos son solo algunos ejemplos, para una lista complete usted puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare, o visitar la página web de Medicare (http://www.medicare.gov):
  + Usualmente, cuando se muda.
  + *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable]* Si tiene Medicaid.
  + Si usted es elegible para “Ayuda Adicional” para pagar los medicamentos recetados de Medicare.
  + Si violamos nuestro contrato con usted.
  + Si está recibiendo atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC).
  + [*Plans in* *states with PACE, insert:* Si se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).]
* **¿Cuando son los Periodos Especiales de Inscripción?** Los periodos de inscripción varían según su situación.
* **¿Que puede usted hacer?** Para averiguar si es elegible para un Periodo Especial de Inscripción, por favor llame al Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY llamen al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para darse de baja por una situación especial, puede elegir cambiar tanto la cobertura de salud de Medicare así como la cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de salud de Medicare (Usted puede elegir un plan que cobra medicamentos recetados o uno que no cobra medicamentos recetados.);
  + Medicare Original *con* aun plan separado de medicamentos recetados de Medicare;
  + *– o –* Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
    - *[MA-only plans omit]* **Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos recetados, al menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

*[MA-only plans omit]* **Nota:** Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura valida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “valida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.) Vea el Capitulo 6, Sección 10 para más información sobre la multa por inscripción tardía.

* **¿Cuando se terminara su membrecía?** Su membrecía usualmente terminara el primer día del mes después que recibimos su petición de cambiar su plan.

#### Sección 2.4 ¿Donde puedo obtener más información sobre cuando me puedo dar de baja mi membrecía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede dar de baja su membrecía:

* Puede **llamar al Departamento de Servicios al Afiliado** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
* Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & Usted* *2015***.
  + Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare & Usted* cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare lo recibirán dentro de un mes de la inscripción.
  + También puede descargarse una copia de la pagina web de Medicare (http://www.medicare.gov). O, puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
* Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 3 ¿Cómo da de baja su membrecía de nuestro plan?

#### Sección 3.1 Usualmente, se le da de baja cuando usted se inscribe en otro plan

Usualmente, para darse de baja de nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los periodos de inscripción (vea la Sección 2 de este capítulo para más información sobre los periodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan al Medicare Original [*MA-PD plans insert:* *without* un plan de medicamentos recetados de Medicare], debe solicitar la baja de nuestro plan. Existen dos maneras en que puede pedir la baja:

* Puede hacernos la solicitud por escrito. Comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro si necesita más información de cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la parte de atrás de este manual);
* *--o—*Puede llamar a Medicareal 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe dar de baja su membrecía en nuestro plan.

| Si desea cambiar de nuestro plan a: | Debe hacer lo siguiente: |
| --- | --- |
| * Otro plan de salud de Medicare. | * Inscribirse en un nuevo plan de salud de Medicare.   Usted será automáticamente dado de baja de *[insert 2015 plan name]* cuando la cobertura de su nuevo plan comience. |
| * Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare. | * Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.   Usted será automáticamente dado de baja de *[insert 2015 plan name]* cuando la cobertura de su nuevo plan comience.   * [*MA-only plans replace bullet above with the following three bullets:* **Envíenos una solicitud de baja por escrito.** Comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la parte de atrás de este manual). **Después póngase en contacto con el plan de medicamentos recetados de Medicare al cual se quiere inscribir y pida la inscripción.** * También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana y pedir la baja de su membrecía. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. * Se le dará de baja de *[insert 2015 plan name]* cuando su cobertura con el Medicare Original comience. Si usted se inscribe a un plan de medicamentos recetados de Medicare, esa cobertura también debe comenzar al mismo tiempo.] |
| * Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.   + **Nota:** Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura valida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si después se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Vea el Capitulo 6, Sección 10 para más información sobre la multa por inscripción tardía. | * **Comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro y pida que se le dé de baja de nuestro plan (los números de teléfono están impresos atrás de este manual).** * También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y pida que se le dé de baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. * Se le dará de baja de *[insert 2015 plan name]* cuando su cobertura con Medicare Original comience. |

### SECCIÓN 4 Hasta que su membrecía haya sido dada de baja, debe recibir los servicios médicos [*insert if applicable:* y medicamentos] a través de nuestro plan

#### Sección 4.1 Hasta que su membrecía termine, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan

Si se sale de *[insert 2015 plan name]*, es posible que pase un tiempo hasta que le den la baja a su membrecía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Vea la Sección 2 para información de cuando su nueva cobertura comienza.) Durante este tiempo, debe continuar recibiendo su atención medica [*insert if applicable:* y medicamentos] a través de nuestro plan.

* **[*Insert if applicable:* Usted debe continuar utilizando nuestra red de farmacias para obtener sus recetas hasta que su membrecía en nuestro plan termine.** Usualmente, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de nuestra red [*insert if applicable:* incluyendo nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.]]
* **Si usted está hospitalizado el día en que su membrecía termina, su estadía en el hospital generalmente será cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si el alta es después del inicio de su nueva cobertura médica).

### SECCIÓN 5 *[Insert 2015 plan name]* debe darle de baja a su membrecía en el plan en ciertas situaciones

#### Sección 5.1 ¿Cuándo debemos darle de baja a su membrecía en el plan?

***[Insert 2015 plan name]* debe darle de baja a su membrecía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

* Si usted no permanece inscrito de forma continua en las Partes A y B de Medicare.
* Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
* Si usted está afuera de nuestra área de servicio por más de seis meses. [*Plans with visitor/traveler benefits should revise this bullet to indicate when members must be disenrolled from the plan*.]
  + Si se muda o realiza un viaje por largo tiempo, usted necesita llamar al Departamento de Servicio al Miembro para saber si el lugar al que se muda o viaja esta dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono para el Departamento de Servicio al Miembro están impresos en la parte de atrás de este manual.)
  + [*Full and partial network plans that offer a visitor/traveler benefit insert the following sentence:* Vea el Capitulo 4, Sección 2.3 para más información de cómo obtener atención cuando esta fuera de nuestra área de servicio mediante nuestro beneficio de visitante/viajero.]
  + [*Plans with grandfathered members who were outside of área prior to January 1999, insert:* Si usted ha sido un miembro de nuestro plan continuamente desde antes de Enero 1999 *y* usted estaba viviendo fuera de nuestra área de servicio antes de Enero 1999, puede continuar con su membrecía. Sin embargo, si se muda y su mudanza es a otro lugar que esta fuera de nuestra área de servicio, será dado de baja de nuestro plan.]
* Si es encarcelado (va a prisión).
* Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga que proporciona cobertura de medicamentos recetados.
* *[Omit if not applicable]* Si nos da información incorrecta de forma intencional al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad a nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón al menos que obtengamos primero un permiso de Medicare.)
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si usted constantemente se comporta de una manera que es prejudicial y dificulta que le proporcionemos cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón al menos que obtengamos primero un permiso de Medicare.)
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si usted le permite a otra persona utilizar su tarjeta de membrecía para obtener cuidado médico. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón al menos que obtengamos primero un permiso de Medicare.)
  + Si damos de baja a su membrecía por esta razón, Medicare puede decidir investigar su caso por un Inspector General.
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable. Plans with different disenrollment policies for dual eligible members and/or members with LIS who do not pay plan premiums must edit these bullets as necessary to reflect their policies. Plans with different disenrollment policies must be very clear as to which population is excluded from the policy to disenroll for failure to pay plan premiums.]* Si no paga la prima del plan durante *[insert length of grace period, which cannot be less than two calendar months]*.
  + Debemos notificarle por escrito que usted tiene *[insert length of grace period, which cannot be less than two calendar months]* para pagar la prima del plan antes que demos de baja su membrecía.
* *[MA-only plans, omit]* Si se le requiere pagar la cantidad adicional de la Parte D dado a sus ingresos y usted no la paga, Medicare le dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quisiera más información sobre cuando podemos darle de baja a su membrecía:

* Usted puede llamar al **Departamento de Servicio al Miembro** para más información (los números de teléfono están impresos en la parte de atrás de este manual).

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

*[Insert 2015 plan name]* no está autorizado a pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicareal 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, 7 días a la semana.

#### Sección 5.3 Usted tiene el derecho a presentar una queja si le damos de baja a su membrecía en nuestro plan

Si le damos de baja de nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos por darle de baja a su membrecía. También debemos explicarle como puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle de baja a su membrecía. También puede consultar en [*insert as applicable:* Capitulo 7 *O* Capitulo 9], [*insert as applicable:* Sección 9 *OR* Sección 10] para información de cómo presentar una queja.

## Capitulo 11. Avisos Legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente 251

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminar 251

SECCIÓN 3 Notificación sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare 251

*[Note****:*** *You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

### SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y algunas provisiones adicionales podrían aplicar porque la ley lo exige. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es Titulo XVIII del Acto del Seguro Social y los reglamentos creados por la ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Adicionalmente, otras leyes Federales pueden aplicar y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el cual vive.

### SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminar

No discriminamos basado en la raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, creencias, edad, u origen nacional de las personas. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare De Ventaja, como nuestro plan, deben cumplir las leyes Federales contra la discriminación, incluido el Titulo 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 Americanos con Discapacidades, todas las otras leyes que aplican a organizaciones que reciben subsidios federales y otras leyes y normas que aplican por cualquier otra razón.

### SECCIÓN 3 Notificación sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Nosotros tenemos el derecho y la responsabilidad de colectar para los servicios cubiertos de Medicare por los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo a las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, *[insert 2015 plan name]*, como una Organización Medicare De Ventaja, ejercerá los mismos derechos de la recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones CMS en subparte B hasta la D de parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección están por encima de cualquier ley Estatal.

*[Note: You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

## Capitulo 12. Definiciones de palabras importantes

*[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the EOC. You may insert definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, or to your contractual obligations with CMS or enrolled Medicare beneficiaries.]*

*[If allowable revisions to terminology (e.g., changing “Member Services” to “Customer Service”) affect glossary terms, plans should re-label the term and alphabetize it within the glossary.]*

*[If you use any of the following terms in your EOC, you must add a definition of the term to the first section where you use it and here in Chapter 12 with a reference from the section where you use it: IPA, network, PHO, plan medical group, Point of Service.]*

*[MA-only plans should delete the following definitions: Brand Name Drug, Catastrophic Coverage Stage, Cost-Sharing Tier, Covered Drugs, Dispensing Fee, Exception, Generic Drug, Initial Coverage Stage, List of Covered Drugs, Network Pharmacy, Out-of-Network Pharmacy, Part D Drugs, Quantity Limits, Step Therapy.]*

**Centro de Cirugía Ambulatoria** – Un Centro de Cirugía Ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

**Periodo de Inscripción Anual –** El momento establecido cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiar al Medicare Original. El Periodo de Inscripción Anual es del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

**Apelación** – Una apelación es algo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de terminar los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si nosotros no pagamos un medicamento, articulo, o servicio que usted cree que tiene derecho a recibir. [*Insert as applicable:* Capitulo 7 *O* Capitulo 9] explica las apelaciones, incluyendo el proceso para presentar una apelación.

**Facturación Balanceada –** *[Plans that allow balance billing may edit the percentage to reflect their actual balance billing rate.]* Cuando un proveedor (tal como un medico u hospital) le factura a un paciente hasta 15% más del pago del plan por los servicios. La cantidad de “facturación balanceada” se colecta adicionalmente a la cantidad regular del costo compartido del paciente. [*Plans that prohibit balance billing insert:* Como un miembro de *[insert 2015 plan name]*, solo tiene que pagar la cantidad el costo compartido de nuestro plan cuando usted recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No les permitimos a los proveedores que “facturen balanceadamente” o que le cobren a usted más de la cantidad que nuestro plan dice que usted tiene que pagar por costo compartido.] Vea Capitulo 4, Sección 1.6 para más información sobre facturación balanceada.

**Periodo de Beneficio** – *[Modify definition as needed if plan uses benefit periods for SNF stays but not for inpatient hospital stays.]* La forma en que [*insert if applicable:* nuestro plan y] Medicare Original miden su uso de los servicios de hospital y del centro de enfermería especializada (SNF). *[Plans that offer a more generous benefit period, revise the following sentences to reflect the plan’s benefit period.]* Un periodo de beneficio comienza el día que usted es admitido al hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficio termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital (o enfermería especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted es ingresado al hospital o a un centro de enfermería especializada después que un periodo de beneficio haya terminado, un nuevo periodo de beneficio comenzara. [*Insert if applicable:* Usted debe pagar el deducible de hospital por cada periodo de beneficio.] No hay un límite para la cantidad de periodos de beneficio.

**Medicamento de Marca** – Un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigo y creo el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y generalmente no se encuentran disponibles hasta que se vence la patente del medicamento de marca.

**Etapa de Cobertura Catastrófica** – La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un pequeño copago o co-seguro por los medicamentos después de que usted o otras partes autorizadas en su nombre hayan gastado $*[insert 2015 out-of-pocket threshold]* por medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)** – La agencia Federal que administra Medicare. El Capitulo 2 explica como comunicarse con CMS.

**Co-seguro** – La cantidad que usted tiene que pagar como la parte del costo que le corresponde por servicios [*insert if applicable:* o medicamentos recetados] [*insert if applicable:* después que usted pague cualquier deducible]. El co-seguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, 20%).

**Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF)** – Un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del lenguaje y servicios de evaluación del ambiente del hogar.

**Co-pago** – Una cantidad que usted tiene que pagar como la parte del costo que le corresponde por servicios médicos o suministros, como la visita médica, visita al hospital como paciente ambulatorio, o medicamento recetado. Un co-pago es generalmente una cantidad fija, en vez de un porcentaje. Por ejemplo, usted puede pagar $10 o $20 por la visita médica o el medicamento recetado.

**Costo Compartido** – Costo Compartido se refiere a las cantidades que debe pagar el miembro por servicios [*insert if applicable:* o medicamentos] recibidos. [*Insert if plan has a premium:* (Esto es adicional a la prima mensual del plan.)] Costo Compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad deducible que el plan puede imponer antes de cubrir servicios [*insert if applicable:* o medicamentos]; (2) cualquier cantidad de “co-pago” que el plan requiere cuando se recibe cierto servicio [*insert if applicable:* o medicamento]; o (3) cualquier cantidad de “co-seguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio [*insert if applicable:* o medicamento], que requiere un plan cuando se recibe un servicio [*insert if applicable:* o medicamento] especifico. Una “tarifa diaria de costo compartido” puede aplicar cuando su médico le receta menos de un mes completo de ciertos medicamentos para usted y se le requiere pagar un co-pago.

*[Delete if plan does not use tiers]* **Nivel de Costo Compartido** – Cada medicamento en la lista de los medicamentos cubiertos esta en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, lo mas alto el nivel de costo compartido, lo más caro que le será el costo por el medicamento.

**Determinación de Cobertura** **–** Una decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por el plan y la cantidad, si la hay, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta a la farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Usted necesita llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de Cobertura se conocen como “decisiones de cobertura” en este manual. El Capitulo 9 explica como pedirnos una decisión de cobertura.

**Medicamentos Cubiertos** – El termino que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

**Servicios Cubiertos** – El termino general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros médicos que son cubiertos por nuestro plan.

**Cobertura Válida de Medicamentos Recetados**– Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o unión) que paga, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare de medicamentos recetados. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare por primera vez, generalmente pueden conservarla sin tener que pagar una multa, si más tarde deciden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

**Cuidado de Custodia**– El cuidado de custodia es atención personal que es proporcionada en un asilo, hospicio u otro centro cuando no se necesita cuidado médico o de enfermería. El cuidado de custodia es atención personal que puede ser proporcionado por personas sin experiencia o capacitación profesional, para ayudarle con las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir las actividades que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas en los ojos. Medicare no paga por este tipo de cuidado.

**Tarifa Diaria de Costo Compartido**–Una “tarifa diaria de costo compartido” puede aplicar cuando su médico le receta menos de un mes completo de ciertos medicamentos para usted y se le requiere pagar un co-pago. La tarifa diaria de costo compartido es el co-pago dividido por el número de días en un suministro de un mes. Un ejemplo: Si su co-pago por un suministro de un mes de un medicamento es $30, y un suministro de un mes en su plan es 30 días, entonces su “tarifa diaria de costo compartido” es $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro de cada día cuando usted llena su receta.

**Deducible** – La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos [*insert if applicable:* o medicamentos recetados] antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Dar de Baja** o **Baja** – El proceso de terminación de su membrecía en nuestro plan. La baja puede ser voluntaria (por su decisión propia) o involuntaria (no por su propia decisión).

*[MA-only plans omit]* **Tarifa de Suministro –** Una tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir la receta. La tarifa de suministro cubre costos tales como el tiempo del farmaceuta para preparar y envasar la receta.

**Equipo Medico Duradero** – Ciertos equipos médicos solicitados por su médico por razones medicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

**Emergencia**–Una emergencia médicaes cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o condición médica que empeora rápidamente.

**Cuidado de Emergencia** – Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para dar estos servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar, o estabilizar una condición médica de emergencia.

**Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación**– Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Excepción** – Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento no incluido en el formulario del patrocinador del plan (excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido en el nivel de costo compartido más bajo (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que está solicitando o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción al formulario).

**Ayuda Adicional** – Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y el co-seguro.

**Medicamento Genérico** – Un medicamentos recetado que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de tener los mismos ingrediente(s) activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos.

**Queja** – Un tipo de queja que usted realiza sobre nosotros o uno de los proveedores [*insert if applicable:* o farmacias] de nuestra red incluyendo una queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye conflictos de coberturas o pagos.

**Ayudante de Salud en el Hogar**– Un ayudante de salud en el hogar proporciona servicios que no necesitan de la experiencia de un profesional en enfermería licenciado o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los ayudantes de salud en el hogar no tienen una licencia en enfermería ni proporcionan un servicio de terapia.

**Hospicio** – Un miembro a quien le queda 6 meses o menos de vida tiene el derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, tenemos que proporcionarle una lista de los hospicios en su área geográfica. Si usted elige un hospicio y continúa a pagar sus primas, sigue siendo un miembro de nuestro plan. Usted puede continuar obteniendo todos los servicios médicos necesarios y los beneficios adicionales que ofrecemos. El hospicio le proveerá tratamiento especial para su estado.

**Estadía en el Hospital –** Una estadía en el hospital cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para los servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante una noche, puede ser considerado como un paciente “ambulatorio”.

**Cantidad Ajustada Mensual de Ingresos Relacionados (IRMAA)** – Si sus ingresos están por encima de un cierto límite, usted pagara una cantidad ajustada mensual de ingresos relacionados adicionales a su prima del plan. Por ejemplo, los individuos con ingresos mayores a $*[insert amount]* y parejas casadas con ingresos mayores a $*[insert amount]* deben pagar una prima de cobertura de Medicare Parte B (seguro medico) y cobertura de medicamentos recetados de Medicare más alta. Esta cantidad adicional se conoce como cantidad ajustada mensual de ingresos relacionados. Menos de 5% de las personas con Medicare son afectados por esto, así que la mayoría de personas no tendrán que pagar una prima más alta.

**Limite de Cobertura Inicial** – El límite máximo de cobertura dentro de la Etapa de Cobertura Inicial.

**Etapa de Cobertura Inicial** – Esta es la etapa antes de que [*insert as applicable:* sus gastos totales de medicamentos incluyendo cantidades que usted ha pagado y que su plan ha pagado en su nombre O gastos fuera de su bolsillo] por el año han alcanzado [*insert as applicable: [insert 2015 initial coverage limit] O [insert 2015 out-of-pocket threshold]*.]

**Período Inicial de Inscripción–** Cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A Y B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período inicial de inscripción es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después de que cumple 65.

**Multa por Inscripción Tardía** – La cantidad que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si usted permanece sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare), durante un período continuo de 63 días o más. Usted pagará esta cantidad más alta mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, las normas de la multa por inscripción tardía no aplican a usted. Si recibe “Ayuda Adicional”, no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.

**Lista de Medicamentos rectados Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”)** – Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmaceutas. Esta lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

**Subsidio por Bajos Ingresos (LIS)** – Vea “Ayuda Adicional.”

**Cantidad Máxima de su Bolsillo –** La cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de [*insert if applicable:* Parte A y Parte B]*. [MA-only plans and plans without a premium revise the following sentence as needed]* Cantidades que usted paga por la prima del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de costos fuera de su bolsillo. [*Plans with service category MOOPs insert:* Ademas de la cantidad máxima de su bolsillo por servicios cubiertos de [*insert if applicable:* Parte A y Parte B] servicios médicos de Parte A y Parte B, también tenemos una cantidad máxima de costos fuera de su bolsillo para ciertos tipos de servicios.] Vea Capitulo 4, Sección 1*[insert subsection number]* para información acerca de la cantidad máxima de su bolsillo.

**Medicaid (o Asistencia Médica) –** Programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos o recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de la atención médica estarán cubiertos si es elegible para Medicare y Medicaid. Vea el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Indicación Aceptada por Razones Médicas –** El uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. Vea Capitulo 5, Sección 3 para más información acerca de una indicación aceptada por razones medicas.

**Necesario por Razones Medicas** – Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, diagnostico o tratamiento de su condición médica y que cumple con los estándares aceptados de la practica medica.

**Medicare** – El programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original [*insert only if there is a cost plan in your service area:* un Plan de Costo de Medicare,] [*insert only if there is a PACE plan in your state:* un Programa Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE),] o un Plan de Medicare De Ventaja.

**Periodo de Cancelación de Medicare De Ventaja** –Un tiempo establecido cada año cuando los miembros de un plan Medicare De Ventaja pueden cancelar su inscripción al plan y cambiar al Medicare Original. El Periodo de Cancelación de Medicare De Ventaja es del 1 de enero hasta el 14 de febrero, 2015.

**Plan Medicare De Ventaja (MA)** – A veces también llamado plan Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una empresa privada que realiza un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un Plan Medicare De Ventaja puede ser un HMO, PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando está inscrito en una Plan Medicare De Ventaja, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan dentro del Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare De Ventaja también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como

**Planes de Medicare De Ventaja con Cobertura de Medicamentos Recetados**. Todas las personas que tienen Medicare Parte A y Parte B son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrece en su área, excepto las personas con Enfermedad Renal Terminal (al menos que se apliquen ciertas excepciones).

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Plan de Costo de Medicare** – Un Plan de Costo de Medicare es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) o Plan Medico Competitivo (CMP) en acuerdo con un contrato de reembolso de costo bajo la sección 876(h) del Acto.]

**Programa de Medicare de Descuentos Durante el Espacio de Cobertura** – Un programa que proporciona descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a las personas inscritas en la Parte D que han alcanzado el Espacio de Cobertura y que aún no reciben “Ayuda Adicional.” Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen un descuento.

**Servicios Cubiertos por Medicare –** Los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo nuestro plan, tienen que cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare.

**Plan de Salud de Medicare** – Un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle los beneficios de la Parte A y B a las personas con Medicare que se inscriben al plan. Este término incluye a todos los Planes Medicare De Ventaja, los Planes Medicare de Costo, los programas piloto y los Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).

**Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D)** – Seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

**Póliza “Medigap” (Seguro suplementario a Medicare)** – Seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir “espacios” en el Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con el plan de Medicare Original. (Un Plan Medicare De Ventaja no es una póliza Medigap).

**Miembro (Miembro de Nuestro Plan o “Miembro del Plan”)** – Una persona que cuenta con Medicare y que es elegible para recibir los servicios cubiertos, cuya inscripción a nuestro plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Servicios para Miembros** – Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre inscripciones, beneficios, quejas y apelaciones. Vea la Sección 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicio al Miembro.

**Farmacia de la Red** –Una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren sólo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

**Proveedor de la Red–** Proveedores, tales como médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen contratos firmados con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a miembros en nuestro plan. Estos proveedores aceptan proporcionar servicio a los miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se les conoce como “proveedores de plan”.

[*Include if applicable:* **Beneficios Opcionales Suplementarios** – Beneficios que no están cubiertos por Medicare que pueden ser comprados por una prima adicional y no están incluidos en su paquete de beneficios. Si usted decide tener beneficios opcionales suplementarios, puede tener que pagar una prima adicional. Usted debe voluntariamente elegir Beneficios Opcionales Suplementarios para obtenerlos.]

**Determinación de la Organización**- El plan de Medicare De Ventaja realiza una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto usted debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. El proveedor o centro de la red del Plan Medicare De Ventaja también ha hecho una determinación de la organización cuando le provee con un artículo o servicio, o lo refiere a un proveedor fuera de la red para un artículo o servicio. Las determinaciones de la organización se conocen como “decisiones de cobertura” en este manual. [*Insert as applicable:* Capitulo 7 *O* Capitulo 9] explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Medicare Original** (“Medicare tradicional” o Medicare “Pago por servicio”) – Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no un plan de salud privado como los Planes Medicare De Ventaja y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos por medio del pago de montos determinados por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de la salud. Usted puede ir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del costo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la parte que le corresponde. Medicare Original consta de dos partes: La Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico) y se encuentra disponible en todo Estados Unidos.

**Farmacia Fuera de la Red–** Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Tal como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, al menos que apliquen ciertas condiciones.

**Proveedor o Centro Fuera de la Red**– Un proveedor o centro con quien no tenemos un contrato firmado o acuerdo para coordinar ni proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen, ni operan con nuestro plan ni tienen contrato para ofrecerle servicios médicos cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la redse explica en el Capítulo 3 de este manual.

**Costos Fuera de su Bolsillo**– Vea la definición de “costo compartido” arriba. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los servicios [*insert if applicable:* o medicamentos] recibidos también se conoce como requisito de gasto “fuera de su bolsillo”.

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **Plan PACE** – Un plan PACE (Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos) combina servicios médicos, sociales, y cuidado a largo plazo para personas frágiles con el fin de ayudarlos a mantenerse independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) mientras le sea posible, a la vez que recibe atención de alta calidad que necesita. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.]

**Parte C – vea “Plan Medicare De Ventaja (MA).”**

**Parte D** – El programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D.)

**Medicamentos de Parte D** – Medicamentos que pueden ser cubiertos bajo la Parte D. Puede ser que no ofrezcamos todos los medicamentos de Parte D. (Vea el formulario para una lista especifica de los medicamentos cubiertos.) Ciertas categorías de medicamentos fueron

*[Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in addition to those offering standard cost-sharing]*

**Costo Compartido Preferido**– Costo Compartido Preferido significa un costo compartido más bajo para ciertos medicamentos de la Parte D en ciertas farmacias de red.

**Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)** – Es un Plan de Medicare De Ventaja que dispone de una red de proveedores contratados que acordaron atender a los miembros del plan por el pago de una cantidad específica. Un Plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, sin importar si se reciben de proveedores dentro de la red del plan o fuera de la red del plan. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando se reciben los beneficios del plan por parte de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos fuera de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite superior sobre los costos fuera de su bolsillo combinados totales por servicios de proveedores dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

**Prima**– El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan médico para la cobertura de salud o medicamentos recetados.

*[Plans that do not use PCPs omit]* **Proveedor de Cuidado Primario** [*insert as appropriate:* Médico *O* Proveedor] **(PCP)** – Su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se aseguran de que usted reciba la atención necesaria para mantenerse sano. Él o ella también pueden hablar con otros médicos y proveedores de salud sobre su atención y referirlo. En muchos planes de salud de Medicare, antes de ver a cualquier otro proveedor de salud, usted debe consultar primero a su médico de cuidado primario. Vea el Capitulo 3, Sección 2.1 para información sobre Cuidado Primario [*insert as appropriate:* Médicos *O* Proveedores].

**Autorización Previa** – Aprobación anticipada para recibir servicios [*if applicable*: y/o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestro formulario. Algunos medicamentos solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios en el Capitulo 4.] En un plan PFFS, usted no necesita autorización previa para obtener servicios. Sin embargo, usted puede querer verificar con su plan antes de obtener servicios para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál es su responsabilidad de costo compartido.

**Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)** – Un grupo de médicos que practican la medicina y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Vea el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con QIO en su estado.

**Límites de Cantidad**– Un herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden basarse en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o durante un período determinado.

**Servicios de Rehabilitación** –Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Área de Servicio** – Un área geográfica donde su plan acepta miembros si es que limita la inscripción a los miembros basado en donde viven. Para los planes que limitan que médicos y hospitales usted puede usar, es también generalmente el área donde se brindan los servicios médicos de rutina (que no sean de emergencia). Si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio, el plan puede cancelar su cobertura.

**Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) –** Cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se ofrece de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de este cuidado incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser brindadas por una enfermera licenciada o por un médico.

**Período de Inscripción Especial–** El momento establecido en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar al Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos, o si violamos nuestro contrato con usted.

**Plan de Necesidades Especiales–** Un tipo especial de Plan Medicare De Ventaja que proporciona atención médica más enfocada en grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes residen en un asilo de ancianos o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

**Costo compartido estándar*–*** El costo compartido estándar es cualquier costo compartido que no sea el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

**Terapia en Etapas** –Una herramienta de utilización que le exige probar primero otro medicamento para el tratamiento de una condición médica antes de cubrir el medicamento que su médico le recetó en primer lugar.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) –** Un beneficio mensual pagado por la Administración del Seguro Social para personas incapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con ingresos y recursos limitados. Los beneficios del SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

[*Full-network plans insert:* **Cuidado Urgentemente Necesario** – El cuidado urgentemente necesario es atención que se proporciona para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia pero requiere atención médica inmediata. La atención urgentemente necesaria puede ser proporcionada por proveedores dentro de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles o no se pueden acceder temporalmente.]

*[This is the back cover for the EOC. Plans may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the plan contact information.]*

***[Insert 2015 plan name]* Servicios al Miembro**

| Método | Servicios al Miembro – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | [*Insert phone number(s)*]  Las llamadas a este teléfono son gratis. [*Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.*]  Servicios al Miembro también tiene interpretes de idiomas gratis disponibles para los que no hablan el idioma ingles. |
| **TTY** | [*Insert number*]  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este teléfono requiere equipos de teléfonos especiales y es solo para personas que tienen dificultades escuchando o hablando.]  Las llamadas a este teléfono son [*insert if applicable:* *not*] gratis. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional:* *insert fax number]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]*  *[Note: plans may add email addresses here.]* |
| **PAGINA WEB** | *[Insert URL]* |

***[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)]**

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar consejos gratis sobre seguros médicos locales a las personas con Medicare.

*[Plans with multi-state EOCs revise heading and sentence above to use “State Health Insurance Assistance Program,” omit table, and reference exhibit or EOC section with SHIP information.]*

| Método | Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultad para oír o hablar.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **PAGINA WEB** | *[Insert URL]* |