**[Plantillas de MA-PD HMO (y HMO-POS, I-SNPs, C-SNPs)]  
[Plantilla de ANOC para 2015]**

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

# Aviso Anual de Cambios para 2015

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

Actualmente, está usted inscrito como miembro de *[insert 2014 plan name]*. El año que viene, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. *Este manual le habla de los cambios.*

* **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el año que viene.**

Recursos Adicionales

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Póngase en contacto con nuestro número de Servicios de Miembros llamando al *[insert phone number]* para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al [*insert TTY number*]). Las horas son *[insert days and hours of operation]*.]Servicios de Miembros [*plans that meet the 5% threshold insert:* también] tiene servicios de interpretación de idiomas gratuitos para las 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 manual).
* *[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 manual dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro,” quiere decir *[insert MAO name]*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan,” quiere decir *[insert 2015 plan name]*.

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* CMS Approved[MMDDYYYY]  *OR [insert Material ID]* File & Use[MMDDYYYY]]

PIense en su Cobertura de Medicare para el Año que Viene

Cada otoño, Medicare permite que cambie su cobertura médica y de medicamentos durante el Periodo de Inscripción Anual. Es importante que examine su cobertura ahora para asegurarse de que satisfacerá sus necesidades el año que viene.

Cosas importantes que hacer:

* **Examine los cambios de nuestros beneficios y de los costos para ver si lo afectan.** ¿Afectan los cambios a los servicios que utiliza usted? Es importante examinar los cambios de beneficios y costos para asegurarse de que le irán bien para el año que viene. Mire las Secciones *[insert section number]* y *[insert section number]* para ver la información acerca de los cambios de beneficios y costos para nuestro plan.
* **Examine los cambios de nuestra cobertura de medicamentos de receta para ver si lo afectan.** ¿Se cubrirán sus medicamentos? ¿Están en un nivel distinto? ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? Es importante examinar los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos le irá bien el año que viene. Mire en la Sección *[insert section number]* para ver la información acerca de los cambios de nuestra cobertura de medicamentos.
* **Mire a ver si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el año que viene.** ¿Están en nuestra red sus médicos? ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza? Mire en la Sección *[insert section number]* para ver la información acerca de nuestro Directorio de Proveedores.
* **Piense en sus costos generales de atención médica.** ¿Cuánto gastará de su bolsillo para los servicios y medicamentos de receta que utiliza regularmente? ¿Cuánto gastará en su prima? ¿Cómo se comparan los costos totales a otras opciones de cobertura de Medicare?
* **Piense en si está satisfecho con nuestro plan.**

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

Si quiere quedarse con nosotros el año que viene, es fácil - no necesita hacer nada. Si no hace cambios para el 7 de diciembre, se quedará automáticamente inscrito en nuestro plan.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura satisfaría mejor sus necesidades, puede cambiarse de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si se inscribe en un plan nuevo, su nueva cobertura empezará el 1 de enero de 2015. Mire en la Sección *[edit section number as needed]* 4.2 para obtener más información acerca de sus opciones.

Resumen de Costos Importantes para 2015

La tabla que aparece a continuación compara los costos de 2014 con los costos de 2015 para *[insert 2015 plan name]* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que éste es solo un resumen de cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso Anual de Cambio****s* y examinar la *Evidencia de Cobertura* [*insert as applicable:* adjunta]para ver si hay otros cambios de beneficios o costos que lo afecten.

| Costo | 2014 (este año) | 2015 (el año que viene) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual del plan\*  \* Es posible que su prima sea más alta o más baja que esta cantidad. Vea la Sección *[edit section number as needed]* 2.1 para ver los 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]* |
| Máxima cantidad de bolsillo  Ésta es la cantidad máxima que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de Parte A y Parte B. (Vea la Sección *[edit section number as needed]* 2.2 para ver los detalles.) | *[Insert 2014 MOOP amount]* | *[Insert 2015 MOOP amount]* |
| Visitas a la oficina del médico | Visitas de cuidado primario: *[insert 2014 cost-sharing for PCPs]* por visita  Visitas al especialista: *[insert 2014 cost-sharing for specialists]* por visita | Visitas de cuidado primario: *[insert 2015 cost-sharing for PCPs]* por visita  Visitas al especialista: *[insert 2015 cost-sharing for specialists]* por visita |
| Estancias de hospital de paciente interno  Incluye cuidado agudo de paciente interno, rehabilitación de paciente interno, y otros tipos de servicios de hospital de paciente interno. El cuidado de hospital de paciente interno empieza el día que se le admite formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de que se le dé de alta es su último día de paciente interno. | *[Insert 2014 cost-sharing]* | *[Insert 2015 cost-sharing]* |
| Cobertura de medicamentos de receta de Parte D  (Veal la Sección *[edit section number as needed]* 2.6 para ver los detalles.) | Deducible:*[Insert 2014 deductible amount]*  Copagos durante la Etapa de Cobertura Inicial:   * Nivel de Medicamentos 1:*[Insert 2014 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | Deducible: *[Insert 2015 deductible amount]*  Copagos durante la Etapa de Cobertura Inicial:   * Nivel de Medicamentos 1:*[Insert 2015 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* |

***Aviso Anual de Cambios para* 2015  
Contenido**

PIense en su Cobertura de Medicare para el Año que Viene 1

Resumen de Costos Importantes para 2015 2

SECCIÓN 1 Vamos a Cambiar el Nombre del Plan 5

SECCIÓN 1 A Menos que Escoja Otro Plan, Se Le Inscribirá Automáticamente en *[insert 2015 plan name]* en 2015 5

SECCIÓN 2 Cambios en los Beneficios y Costos para el Año que Viene 6

Sección 2.1 – Cambios en la Prima Mensual 6

Sección 2.2 – Cambios en su Cantidad Máxima de Bolsillo 6

Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores 7

Sección 2.4 – Cambios de Red de Farmacia 8

Sección 2.5 – Cambios a los Beneficios y Costos de Servicios Médicos 8

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

SECCIÓN 3 Otros Cambios 15

SECCIÓN 4 Decidiendo Qué Plan Elegir 15

Sección 4.1 – Si quiere quedarse en *[insert 2015 plan name]* 15

Sección 4.2 – Si quiere cambiarse de plan 15

SECCIÓN 5 Fecha Tope para Cambiar de Plan 16

SECCIÓN 6 Programas Que Ofrecen Asesoría Gratis acerca de Medicare 17

SECCIÓN 7 Programas Que Ayudan a Pagar Medicamentos de Receta 17

SECCIÓN 8 ¿Preguntas? 19

Sección 8.1 – Para Obtener Ayuda de *[insert 2015 plan name]* 19

Sección 8.2 – Para Recibir Ayuda de Medicare 19

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

SECCIÓN 1 Vamos a Cambiar 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, el nombre de nuestro 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 Menos que Escoja Otro Plan, Se Le Inscribirá 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 textbelow. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that cross walks 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.]*On January 1, 2015, *[insert MAOname]* will be combining *[insert 2014 plan name]* with one of our plans, *[insert 2015 plan name]*.

**Si no ha hecho nada para cambiar su cobertura de Medicare para el 7 de diciembre de 2014, lo inscribiremos automáticamente en nuestro *[insert 2015 plan name]*.** Esto quiere decir que, a partir del 1 de enero de 2015, va a recibir su cobertura médica y de medicamentos de receta a través de *[insert 2015 plan name]*. Tiene opciones acerca de cómo obtener su cobertura de Medicare. Si quiere, puede cambiarse a un plan médico de Medicare distinto. También puede cambiarse a Medicare Original.

La información de este documento le habla de las diferencias entre sus beneficios actuales en *[insert 2014 plan name]* y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 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 MAOname]* le ha enviado una carta llamada “*[insert name of letter].”* Esta carta le dice que su membresía en *[insert 2014 plan name]* va a acabar. Tiene información importante acerca de las distintas maneras en que puede obtener su cobertura de Medicare, incluyendo información acerca de cómo hacer cambios en su cobertura. Si tiene preguntas, o si no ha recibido la carta, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están en la Sección *[edit section number as needed]*8.1 de este manual).]

SECCIÓN 2 Cambios en los Beneficios y Costos para el Año que Viene

### 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 (el año que viene) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual  (Debe también seguir pagando su prima de Medicare de Parte B.) | *[insert 2014 premium amount]* | *[insert 2015 premium amount]* |

* Su prima mensual de plan será *más alta* si se le requiere que pague una sanción por inscribirse tarde.
* Si tiene ingresos más altos, puede que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos de receta de Medicare
* Su prima mensual será *más baja* si está recibiendo “Ayuda Extra” con sus costos de medicamentos de receta.

### Sección 2.2 – Cambios en su Cantidad Máxima de Bolsillo

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

Para protegerlo, Medicare requier que todos los planes médicos limiten cuánto paga usted “de bolsillo” durante el año. Este límite se llama “cantidad máxima de bolsillo.” Una vez alcance la cantidad máxima de bolsillo, por lo general, usted no paga nada por servicios cubiertos [*insert if applicable:* de Parte A y Parte B] durante el resto del año.

| Costo | 2014 (este año) | 2015 (el año que viene) |
| --- | --- | --- |
| Cantidad máxima de bolsillo  Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como los copagos [*insert if plan has a deductible:* y deducibles]) cuentan para su cantidad máxima de bolsillo. *[Plans with no premium may modify the following sentence as needed]*Su prima de plan y sus costos de medicamentos de receta no cuentan para su cantidad máxima de bolsillo. | *[insert 2014 MOOP amount]* | *[insert 2015 MOOP amount]*  Una vez haya pagado *[insert 2015 MOOP amount]* de bolsillo por servicios cubiertos [*insert if applicable:* de Parte A y Parte B] no pagará nada por sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* de Parte A y Parte B] durante el resto del año de calendario. |

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

*[Plans with no changes to their provider network delete the following sentence.]*

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

[*Insert as applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de Proveedores en el sobre con este manual. *OR* Hay un Directorio de Proveedores actualizado en nuestro sitio web en [*insert URL*].] También puede llamar a Servicios de Miembros para obtener información de proveedores actualizada o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores. **Examine el Directorio de Proveedores de 2015 para ver si sus proveedores están en nuestra red**.

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las que su proveedor puede irse de su plan, pero si su médico o especialista se va de su plan, tiene ciertos derechos y protecciones, resumidos a continuación:

* Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
* Siempre que sea posible, le daremos un aviso de que su proveedor va a irse de nuestro plan con un mínimo de 30 días de antelación para que tenga tiempo de seleccionar otro proveedor.
* Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga administrando sus necesidades de atención médica.
* Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y colaboraremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
* Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su cuidado no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a poner una apelación de nuestra decisión.
* Si se entera de que su médico o especialista va a irse de su plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar otro proveedor y a administrar su cuidado.

### Sección 2.4 – Cambios de Red de Farmacia

Las cantidades que pague por sus medicamentos de receta pueden depender de qué farmacia utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solamente* si se surten en una de nuestras farmacias de red. [*Insert if applicable:* Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de la red.]

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año que viene.

[*Insert as applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de Farmacias en el sobre con este manual. *OR* Hay un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en [*insert URL*].] También puede llamar a Servicios de Miembros para obtener información actualizada de proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Examine el Directorio de Farmacias de 2015 para ver qué farmacias hay en nuestra red**.

### Sección 2.5 – Cambios a los Beneficios y Costos de 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 paga usted por estos servicios médicos cubiertos serán exactamente los mismos en 2015 que en 2014.]

Vamos a cambiar nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el año que viene. La información que aparece a continuación describe estos cambios. para ver detalles acerca de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que se cubre y lo que paga usted),* en su *Evidencia de Cobertura de 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 (el año que viene) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | *[For benefits that were not covered in 2014 insert:*  *[insert benefit name*] is not covered.*]*  *[For benefits with a copayment insert:*  You pay a $*[insert 2014 copayment amount]* copay *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “per office visit”].*]  *[For benefits with a coinsurance insert:* You pay *[insert 2014 coinsurance percentage]*% of the total cost  *[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*] is not covered.*]*  *[For benefits with a copayment insert:*  You pay a $*[insert 2015 copayment amount]* copay *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “per office visit”].*]  *[For benefits with a coinsurance insert:*  You pay *[insert 2015 coinsurance percentage]*% of the total cost  *[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.]* |

### Sección 2.6 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos de Receta de Parte D

#### Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama un Vademécum, o “Lista de Medicamentos.” Hay una copia de nuestra Lista de Medicamentos 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 año que viene. Los medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos serán los mismos en 2015 que en 2014. Sin embargo, se nos permite que hagamos cambios en la Lista de Medicamentos de vez en cuando durante todo el año, con la aprobación de Medicare o si un medicamento se ha retirado del mercado por la FDA o un fabricante de productos.]

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Examine la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos se cubrirán el año que viene y para ver si hay restricciones.**[*If including an abridged formulary, add the following language:* La Lista de Medicamentos que hemos incluido en este sobre incluye muchos – *but not all* – de los medicamentos que cubriremos el año que viene. Si no ve su medicamento en esta lista, puede que aún esté cubierto. **Puede obtener la Lista de Medicamentos *completa*** llamando a Servicios de Miembros (consulte la cubierta trasera) o visitando nuestro sitio web*([insert URL]*).]

Si se ve afectado por un cambio de cobertura de medicamentos, puede:

* **Colaborar con su médico (u otro recetador) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. *[Plans may omit the following sentence if they allow current members to obtain a temporary supply]***Los miembros actuales** pueden pedir una excepción antes del año que viene y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a recibir su solicitud (o la declaración de apoyo de su recetador). Si aprobamos su solicitud, podrá obtener su medicamento al principio del nuevo año de plan.
  + Para averiguar lo que debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios de Miembros.
* **Encontrar un medicamento distinto** que cubramos. Puede llamar a Servicios de Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten 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, cubriremos un suministro temporal **una sola vez**. (Para obtener mayor información acerca de cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*.) Durante el tiempo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento distinto cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubrir 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 de Receta

*Nota:* Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Extra”), **la información acerca de los costos para medicamentos de receta de Parte D [***insert as applicable:* **may** *OR***does]no le aplican a usted.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*[*insert as appropriate:* Hemos incluido *OR* le hemos enviado] un documento aparte llamado “Evidencia de Cláusula Adicional para Personas Que Reciben Ayuda Extra para Pagar por Medicamentos de Receta” (también llamado la “Cláusula Adicional de Subvención de Bajos Ingresos” o la “Cláusula Adicional LIS”), que le habla de su cobertura de medicamentos. Si recibe “Ayuda Extra” y *[if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* no ha recibido ese documento con este paquete,] *[if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* no ha recibido ese documento para el *[insert date]*,] llame a Servicios de Miembros y pregunte por la “Cláusula Adicional LIS.” Los números de teléfono para Servicios de Miembros están en la Sección *[edit section number as needed]*8.1 de este manual.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos.” Cuánto paga por un medicamento de Parte D depende de la etapa de medicamento en la que se encuentre. (Puede mirar en el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para mayor información acerca de las etapas.)

La información que hay a continuación indica los cambios para el año que viene en 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 Falta de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información acerca de sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de Cobertura* [*insert as applicable:* adjunta].)

Cambios de la Etapa de Deducible

| Costo | 2014 (este año) | 2015 (el año que viene) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 1: Etapa de Deducible Anual  Durante esta etapa, **usted paga el costo completo** de sus [*insert as applicable:* Part D *OR* brand name *OR[tier name(s)]*] medicamentos hasta que haya llegado al deducible anual.  [*Plans with no deductible, omit text above*.] | El deducible es $*[insert 2014 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.] | El deducible es$*[insert 2015 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.] |

Cambios en Sus 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 (el año que viene) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence]* Una vez ha pagado el deducible anual, pasa 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 en esta hilera son para un suministro de (*[insert number of days in a one-month supply]* días) para un solo mes cuando surta su receta en una farmacia de red que provea costos compartidos estándar. Para obtener información acerca de los costos *[insert as applicable:* de un suministro de largo plazo; en una farmacia de red que ofrezca costo compartido preferido; o para recetas de encargo 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 de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos van a estar en un nivel distinto, búsquelos en la Lista de Medicamentos.] | Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de red con costos compartidos 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 [*insert as applicable*: sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado $2,850*,* pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura). *OR* haya pagado $4,550 de bolsillo por medicamentos de Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] | Your cost for a one-month supply filled at a network pharmacy with standard cost-sharing:  ***[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 [*insert as applicable*: sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado $[*insert 2015initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura). *OR* haya pagado $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*] de bolsillo por medicamentos de Parte D, 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-sharingrates.]*

|  | 2014 (este año) | 2015 (el año que viene) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence]* Una vez ha pagado el deducible anual, pasa 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 hilera son para un suministro de (*[insert number of days in a one-month supply]* días) para un solo mes cuando surta su receta en una farmacia de red. Para obtener información acerca de los costos *[insert as applicable:* para un suministro de largo plazo o para recetas de encargo 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 de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos van a estar en un nivel distinto, búsquelos en la Lista de Medicamentos.] | Su costo para un suministro de un solo mes en una farmacia de red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Standard cost-sharing:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR[xx]*% del costo total].  *Preferred cost-sharing:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR[xx]*% del costo total].  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Standard cost-sharing:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR[xx]*% del costo total].  *Preferred cost-sharing:*Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR[xx]*% del costo total].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez [*insert as applicable*: sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado $2,850*,* pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura). *OR* haya pagado $4,550 de bolsillo por medicamentos de Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] | Su costo para un suministro de un solo mes en una farmacia de red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Standard cost-sharing:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR[xx]*% del costo total].  *Preferred cost-sharing:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR[xx]*% del costo total].  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Standard cost-sharing:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR[xx]*% del costo total].  *Preferred cost-sharing:*Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por receta *OR[xx]*% del costo total].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez [*insert as applicable*: sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado $[*insert 2015initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura). *OR* haya pagado *$[insert 2015 out-of-pocket threshold]* de bolsillo por medicamentos de Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] |

Cambios en las Etapas de Falta de Cobertura y Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos - la Etapa de Falta de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica - son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de Falta de Cobertura ni a la Etapa de Cobertura Catastrófica**. Para obtener información acerca de sus costos en estas etapas, consulte el 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., a change in options for paying the monthly premium, changes in prior authorization requirements, change 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 (este año) | 2015 (el año que viene) |
| --- | --- | --- |
| *[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 Decidiendo Qué Plan Elegir

### Sección 4.1 – Si quiere quedarse en *[insert 2015 plan name]*

**Para quedarse en nuestro plan, no necesita hacer nada.** Si no se apunta en un plan distinto ni se cambia a Medicare Original para el 7 de diciembre, se quedará inscrito automáticamente en nuestro plan para 2015.

### Sección 4.2 – Si quiere cambiarse de plan

Esperamos que se quede con nosotros como miembro el año que viene, pero si quiere cambiar para 2015, siga estos pasos:

Paso 1: Obtenga información de y compare sus opciones

* Puede apuntarse en un plan médico de Medicare distinto,
* *-- O*-- Puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, necesitará decidir si apuntarse en un plan de medicamentos de Medicare y si comprar una póliza suplementaria de Medicare (Medigap).

Para obtener mayor información acerca de Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2015*, llame a su Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (consulte la Sección *[edit section number as needed]*6), o llame a Medicare (consulte la Sección *[edit section number as needed]*8.2).

También puede encontrar información acerca de los planes que hay en su área utilizando el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Vaya a http://www.medicare.gov y haga clic en “Buscara planes médicos y de medicamentos.” **Aquí puede encontrar información acerca de costos, cobertura, y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

[*Plans may choose to insert if applicable:* Le recordamos que *[insert MAO name]* ofrece otros [*insert as applicable:* planes médicos de Medicare *AND/OR* y planes de medicamentos de receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a cobertura, primas mensuales, y cantidades de costos compartidos.]

Paso 2: Cambie de cobertura

* Para **cambiarse a un plan médico distinto de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Se le quitará automáticamente la inscripción en *[insert 2015 plan name]*.
* Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos de receta**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Se le quitará automáticamente la inscripción en *[insert 2015 plan name]*.
* Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta**, debe hacer una de las dos cosas siguientes:
  + Enviarnos una solicitud por escrito de cancelar su inscripción. Póngase en contacto con Servicios de Miembros si necesita más información acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección *[edit section number as needed]*8.1 de este manual).
  + *– o –* Ponerse en contacto con **Medicare**, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y pedir que se le cancele la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Fecha Tope para Cambiar de Plan

Si quiere cambiarse a un plan distinto o a Medicare Original para el año que viene, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2015.

¿Hay otras temporadas del año en las que hacer el cambio?

En ciertas situaciones, los cambios se permiten también en otras temporadas del año. Por ejemplo, se permite que las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda Extra” para pagar sus medicamentos, y las que se trasladan del área de servicio hagan cambios en otras temporadas del año. Para mayor información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura.*

Si se ha inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2015 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2015. Para mayor información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cobertura*.

[*I-SNPs: replace bullets above with the following:*

Puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte) en cualquier momento.]

SECCIÓN 6 Programas Que Ofrecen Asesoría Gratis 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 Ayuda de Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program - SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En *[insert state]*, el SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros ni plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno Federal para dar asesoría de seguros médicos local **gratuitamente** a las personas con Medicare. Los asesores de *[Insert state-specific SHIP name]* pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar preguntas acerca de cambiar de planes. Puede llamar a *[insert state-specific SHIP name]* al *[insert SHIP phone number]*. [*Plans may insert the following:* Puede obtener mayor información acerca de [*insert state-specific SHIP name*] visitando su sitio web ([*insert SHIP website*]).]

SECCIÓN 7 Programas Que Ayudan a Pagar Medicamentos de Receta

Puede que sea elegible para recibir ayuda para pagar medicamentos de receta. *[Plans in states without SPAPs, delete the next sentence]* Hay dos tipos básicos de ayuda:

* **“Ayuda Extra” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir “Ayuda Extra” para pagar sus costos de medicamentos de receta. Si es usted elegible, Medicare podría pagar hasta un 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos de receta, deducibles anuales, y coseguro. Además, las personas que son elegibles no tendrán falta de cobertura ni sanciones por inscribirse tarde. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si es usted elegible, 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 las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  + Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes);
* *[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 ayuda farmacéutica de su estado.***[Insert state name]* tiene un programa llamado *[insert state-specific SPAP name]* que ayuda a la gente a pagar medicamentos de receta basándose en su necesidad económica, edad, o condición médica. Para mayor información acerca del programa, consulte su Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización están en la Sección *[edit section number as needed]*6 de este manual)*.*
* *[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]***¿Ayuda de Costos Compartidos de Recetas para las Personas con VIH/SIDA?** El Programa de Ayuda de Medicamentos de SIDA (AIDS Drug Assistance Program - ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tienen acceso a medicamentos que salvan vidas contra el VIH. Las personas deben satisfacer ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el Estado y condición de VIH, bajos ingresos según los define el Estado, y estado de no estar asegurado o tener seguro insuficiente. Los medicamentos de receta de Parte D de Medicare también están cubiertos por la elegibilidad de ADAP para ayuda de costos compartidos de receta a través del *[insert State-specific ADAP name and information].* Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a *[insert State-specific ADAP contact information].*

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

### Sección 8.1 – Para Obtener Ayuda de *[insert 2015 plan name]*

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios de Miembros al *[insert member services phone number].* (Para TTY solamente, llame al *[insert TTY number].)* Estamos disponibles para llamadas telefónicas *[insert days and hours of operation]*. [*Insert if applicable:* Las llamadas a estos números son gratuitas.]

Lea su *Evidencia de Cobertura* de 2015 (tiene detalles acerca de los beneficios y costos del año que viene)

Este Aviso Anual de Cambios le da un resumen de los cambios de sus beneficios y costos para 2015. Para ver detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2015 para *[insert 2015 plan name].* La Evidencia de Cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que necesita seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos de receta. Se ha incluido una copia de la *Evidencia de Cobertura* en este sobre.

Visite nuestro Sitio Web

También puede visitar nuestro sitio web en *[insert URL]*. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más al día acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Vademécum/Lista de Medicamentos).

### Sección 8.2 – Para Recibir Ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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.

Visite el Sitio Web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov). Tiene información acerca de costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar planes médicos de Medicare. Puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área utilizando el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información acerca de los planes, vaya a http://www.medicare.gov y haga clic en “Encontrar planes médicos y de medicamentos”).

Lea *Medicare y Usted 2015*

Puede leer el Manual de *Medicare y Usted 2015*. Cada año en el otoño, este manual se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov) o llamando 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.

**[Plantilla de EOC para 2015]**

**1 de enero - 31 de diciembre de 2015**

# Evidencia de Cobertura:

**Sus Beneficios y Servicios Médicos de Medicare y Su Cobertura de Medicamentos de Receta como Miembro de [*insert 2015 plan name*][*insert plan type*]**

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

Este manual le da detalles acerca de su cobertura de atención médica y de medicamentos de receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015. Explica cómo obtener cobertura para lo servicios de atención médica y medicamentos de receta que necesita. **Éste es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, *[insert 2015 plan name]*, está ofrecido por *[insert MAOname]*. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro,” quiere decir *[insert MAOname].* Cuando dice “plan” o “nuestro plan,” quiere decir *[insert 2015 plan name].*)

*[Insert Federal contracting statement.]*

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:*This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services number at *[insert phone number]* for additional information.(TTY users should call [*insert TTY number*]). Hours are *[insert days and hours of operation]*.]Servicios de Miembros [*plans that meet the 5% threshold insert:* also] tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés *[plans that meet the 5% threshold delete the rest of this sentence]*(los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de esta manual).

*[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]* Los beneficios, el vademécum, la red de farmacias, la prima, el deducible, y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2015.

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* CMS Approved[MMDDYYYY] *OR [insert Material ID]* File & Use[MMDDYYYY]]

**Evidencia de Cobertura para 2015**

**Contenido**

Esta lista de capítulos y números de página es donde debe usted empezar. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesite, consulte la primera página del capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. 4

Explica lo que estar en un plan médico de Medicare implica y cómo utilizar este manual. Le habla de los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de membresía en el plan, y mantener su registro de miembro al día.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 23

Le habla de cómo ponerse en contacto con nuestro plan (*[insert 2015 plan name]*) y con otras organizaciones, incluyendo Medicare, el Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program - SHIP), la Organización de Mejora de Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para las personas con bajos ingresos), programas que ayudan a la gente a pagar por sus medicamentos de receta, y la Junta de Retiro Ferroviaria.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos 44

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

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

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

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

Explica las reglas que necesita seguir cuando obtiene sus medicamentos de Parte D. Habla de cómo utilizar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Habla de qué tipos de medicamentos no están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde hacer que se le surtan las recetas. Habla de los programas del plan para la seguridad de medicamentos y para administrar los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos de receta de Parte D 124

Habla de las [inserte el número de etapas] etapas de cobertura de medicamentos ([borre las etapas que no apliquen] Etapa de Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Falta de Cobertura, Etapa de Cobertura Catastrófica) y la manera en que estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos. [Los planes sin niveles de medicamentos borran la frase siguiente.] Explica los [inserte el número de niveles] niveles de costos compartidos para sus medicamentos de Parte D y le dice lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costos compartidos. Habla de la sanción por inscribirse tarde.

Capítulo 7. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos 156

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de su servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. 162

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

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 174

Le dice, paso a paso, lo que tiene que hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

* Explica cómo pedir decisiones de cobertura y hacer apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos de receta que cree están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones extra de su cobertura para medicamentos de receta, y pedirnos que sigamos cubriendo el cuidado de hospital y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar pronto.
* Explica cómo hacer quejas acerca de la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el servicio al cliente, y otros problemas.

Capítulo 10. Terminación de su membresía en el plan 234

Explica cuándo y cómo puede terminar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que se requiere que nuestro plan termine su membresía.

Capítulo 11. 245

Incluye avisos acerca de la ley aplicable y acerca de la prohibición contra la discriminación.

Capítulo 12. 247

Explica términos claves utilizados en este manual

## Capítulo 1. Empezando como Miembro

SECCIÓN 1 Introducción 5

Sección 1.1 Está inscrito en *[insert 2015 plan name]*, que es un [*insert if applicable:* Plan de Punto de Servicio] HMO de Medicare 5

Sección 1.1 Actualmente, está inscrito en *[insert 2015 plan name]*, que es un Plan especializado de Medicare Advantage (“Plan de Necesidades Especiales”) 5

Sección 1.2 ¿De qué trata el manual de *Evidencia de Cobertura*? 6

Sección 1.3 ¿De qué le habla este Capítulo? 6

Sección 1.4 ¿Qué pasa si es nuevo en [*insert 2015 plan name*]? 7

Sección 1.5 Información legal acerca de la *Evidencia de Cobertura* 7

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 7

Sección 2.2 ¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B? 9

Sección 2.3 Ésta es el área de servicio del plan para [*insert 2015 plan name*] 9

SECCIÓN 3 ¿Qué más materiales recibirá de nosotros? 10

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan - Utilícela para obtener toda la atención médica y medicamentos de receta cubiertos 10

Sección 3.2 El *Directorio de Proveedores*: Su guía a todos los proveedores de la red del plan 11

Section 3.3 The *Pharmacy Directory*: Your guide to pharmacies in our network 12

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos (*Vademécum*) del plan 12

Sección 3.5 La *Explicación de Beneficios* (*Explanation of Benefits* - EOB”) *de Parte D*: Informes con un resumen de los pagos hechos por sus medicamentos de receta de Parte D 13

SECCIÓN 4 Su prima mensual para [*insert 2015 plan name*] 13

Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan? 13

Sección 4.2 Hay varias maneras en las que puede pagar su prima del plan 16

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

SECCIÓN 5 Mantenga su registro de membresía en el plan al día 19

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos información correcta acerca de usted 19

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal 20

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros tipos de seguro con nuestro plan 21

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 21

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Está inscrito en *[insert 2015 plan name]*, que es un [*insert if applicable:* Plan de Punto de Servicio] HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare, y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos de receta a través de nuestro plan, *[insert 2015 plan name]*.

Hay distintos tipos de planes médicos de Medicare. *[Insert 2015 plan name]* es un Plan HMO de Medicare Advantage (HMO son las siglas de Health Maintenance Organization (Organización de Mantenimiento de Salud)) [*insert if applicable:* con una opción de Punto de Servicio (Point-of-Service - POS)]. [*Insert if applicable:* “Punto de Servicio” quiere decir que puede utilizar proveedores fuera de la red del plan con un costo adicional. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para ver información acerca del uso de la opción de Punto de Servicio.)]Como todos los planes médicos de Medicare, este HMO [*add if applicable:* -POS] está aprobado por Medicare y operado por una compañía privada.

*[I-SNPs and C-SNPs use the following language for Section 1.1 in place of the language above:*

#### Sección 1.1 Actualmente, está inscrito en *[insert 2015 plan name]*, que es un Plan especializado de Medicare Advantage (“Plan de Necesidades Especiales”)

Está cubierto por Medicare, y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos de receta a través de nuestro plan, *[insert 2015 plan name]*.

*[I-SNPs: insert the following three paragraphs:*

Hay distintos tipos de planes médicos de Medicare. *[Insert 2015 plan name]* es un Plan especializado de Medicare Advantage (un “Plan de Necesidades Especiales” de Medicare), lo cual quiere decir que sus beneficios están diseñados para personas que tienen necesidades especiales de atención médica. *[Insert 2015 plan name]* está diseñado específicamente para personas que viven en una institución (como un hogar de enfermería) o que necesitan un nivel de cuidado que se proporciona generalmente en un hogar de enfermería.

Nuestro plan incluye acceso a una red de proveedores que se especializan en tratar pacientes que necesitan este nivel de atención de enfermería. Como miembro del plan, usted recibe beneficios especialmente diseñados y recibe todo su cuidado coordinado a través de nuestro plan.

Como todos los planes médicos de Medicare, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare y operado por una compañía privada.]

*[C-SNPs: insert the following three paragraphs:*

Hay distintos tipos de planes médicos de Medicare. *[Insert 2015 plan name]*es un Plan especializado de Medicare Advantage (un “Plan de Necesidades Especiales” de Medicare), lo cual quiere decir que sus beneficios están diseñados para personas que tienen necesidades especiales de atención médica. *[Insert 2015 plan name]* está diseñado para proveer beneficios médicos adicionales que ayudan específicamente a las personas que tienen *[insert condition(s)]*.

Nuestro plan provee acceso a una red de proveedores que se especializan en tratar *[insert condition(s)].* También incluye programas médicos diseñados para servir las necesidades especializadas de las personas con *[insert as applicable:* esta condición *OR* estas condiciones].] Además, nuestro plan cubre medicamentos de receta para tratar la mayoría de las condiciones médicas, incluyendo los medicamentos que se utilizan generalmente para tratar *[insert condition(s)]*. Como miembro del plan, usted recibe beneficios especialmente diseñados y recibe todo su cuidado coordinado a través de nuestro plan.

Como todos los planes médicos de Medicare, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare y operado por una compañía privada.]

#### Sección 1.2 ¿De qué trata el manual de *Evidencia de Cobertura*?

Este manual de *Evidencia de Cobertura* le habla de cómo obtener su atención médica de Medicare y los medicamentos de receta cubiertos a través de nuestro plan. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que se cubre, y lo que paga usted como miembro del plan.

Este plan, *[insert 2015 plan name]* está ofrecido por *[insert MAOname]*. (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro,” quiere decir *[insert MAOname].* Cuando dice, “plan” o “nuestro plan,” quiere decir *[insert 2015 plan name].*)

La palabra “cobertura” y “servicios cubiertos” se refiere a la atención médica y los servicios y los medicamentos de receta disponibles para usted como miembro de *[insert 2015 plan name]*.

#### Sección 1.3 ¿De qué le habla este Capítulo?

Consulte el Capítulo 1 de esta *Evidencia de Cobertura* para enterarse de:

* ¿Qué hace que sea usted elegible para ser miembro del plan?
* ¿Cuál es el área de servicio de su plan?
* ¿Qué materiales recibirá de nosotros?
* ¿Cuál es la prima de su plan y cómo la puede pagar?
* ¿Cómo mantiene la información de su membresía al día?

#### Sección 1.4 ¿Qué pasa si es nuevo en [*insert 2015 plan name*]?

Si es miembro nuevo, es importante que se entere de las reglas del plan y de los servicios que le están disponibles. Le aconsejamos que dedique unos momentos para examinar este manual de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado o, sencillamente, tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios de Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

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

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo *[insert 2015 plan name]*cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum*), y los avisos que pueda recibir de nosotros acerca de cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos se llaman a veces “cláusulas adicionales” o “enmiendas.”

El contrato permanece en vigor durante los meses en que está usted inscrito en *[insert 2015 plan name]* entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2015.

Cada año de calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto quiere decir que podemos cambiar los costos y beneficios de *[insert 2015 plan name]* después del 31 de diciembre de 2015. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio distinta, después del 31 de diciembre de 2015.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar *[insert 2015 plan name]*cada año. Puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

#### Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

*Es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que:*

* Viva en nuestra área geográfica de servicios (la sección 2.3 de más adelante describe nuestra área de servicio)
* *-- y --* tenga tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B
* *[C-SNPs: delete if not applicable]-- y --* no tenga Enfermedad Renal de Etapa Final (End-Stage Renal Disease - ESRD), con excepciones limitadas, tales como si desarrolla ESRD cuando es ya miembro de un plan que ofrecemos, o si era miembro de otro plan que se dio por terminado.
* *[I-SNPs and C-SNPs insert:-- and --* reúne requisitos de elegibilidad especiales, según se describen a continuación.]

[*I-SNPs and C-SNPs insert this section as applicable to your plan type:*

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

*[Chronic/disabling condition SNPs, insert:* Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que tienen ciertas condiciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener *[insert condition(s)]*.*]*

*[Institutional SNPs, insert:* Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que necesitan un nivel de cuidado que se provee generalmente en un hogar de enfermería.*]*

*[Plans that limited enrollment to those residing in an institution insert:* Para ser elegible para nuestro plan, debe vivir en uno de nuestros hogares de enfermería de red. [*Insert as appropriate:* Consulte el Directorio de Proveedores del plan para ver una lista de nuestros hogares de enfermería de red. O llame a Servicios de Miembros y pídanos que le enviemos una lista (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). *OR* He aquí una lista de nuestros hogares de enfermería de red:

* *[Insert list of contracted facilities]*]

*[Plans that also enroll those who are NFLOC certified insert:* Para ser elegible para nuestro plan, debe reunir *uno de los dos* requisitos enumerados a continuación.

* Vive en uno de nuestros hogares de enfermería de red. [*Insert as appropriate:* Consulte el Directorio de Proveedores del plan para ver una lista de nuestros hogares de enfermería de red. O llame a Servicios de Miembros y pídanos que le enviemos una lista (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). *OR* He aquí una lista de nuestros hogares de enfermería de red:
  + *[Insert list of contracted facilities]*]
* *-or –* vive en su casa y *[insert state]* ha certificado que necesita el tipo de cuidado que generalmente se provee en un hogar de enfermería.*]*

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

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

* Generalmente, Medicare Parte A ayuda a cubrir servicios provistos por hospitales (para servicios de paciente interno, clínicas de enfermería especializada, o agencias de salud en el hogar).
* Medicare Parte B es para la mayoría de los otros servicios médicos (tales como servicios de médico y otros servicios de paciente ambulatorio) y ciertos artículos (tales como equipo médico durable e insumos).

#### Sección 2.3 Ésta es el área de servicio del plan para [*insert 2015 plan name*]

Aunque Medicare es un programa Federal, *[insert 2015 plan name]* está disponible solamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, [*if a “continuation area” is offered under 42 CFR 422.54, insert “generally” here, and add a sentence describing the continuation area*] debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe [*insert as appropriate:* a continuación *OR* en un anexo de 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 estos condados en [*insert state*]: [*insert counties*]   
Nuestra área de servicio incluye estas partes de condados en [*insert state*]: [*insert county*], los distritos postales siguientes solamente [*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 se va del estado [*insert if applicable:* o territorio*]* a vivir a un estado *[insert if applicable:* o territorio*]* que esté todavía dentro de nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios de Miembros a fin de actualizar su información*. [National plans delete the rest of this paragraph]*Si se traslada a un estado *[insert if applicable:* o territorio*]* que está fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan. Llame a Servicios de Miembros para averiguar si tenemos un plan en su nuevo estado *[insert if applicable:* o territorio*]*.*]*

Si piensa trasladarse del área de servicio, póngase en contacto con Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). Cuando se traslade, tendrá un Periodo de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se traslada o cambia de dirección postal. Puede encontrar números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

### SECCIÓN 3 ¿Qué más materiales recibirá de nosotros?

#### Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan - Utilícela para obtener toda la atención médica y medicamentos de receta cubiertos

*[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 utilizar su tarjeta de miembro de nuestro plan siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos de receta que obtenga en farmacias de la red. Aquí se ve un ejemplo de la tarjeta de miembro para enseñarle el aspecto que tendrá 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 sea miembro de nuestro plan, **no debe utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (con la excepción de estudios de investigación clínica de rutina y servicios de hospicio). Guarde su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de necesitarla más adelante.

**Ésta es la razón por la que esto es tan importante:** Si obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en vez de utilizar su tarjeta de miembro de *[insert 2015 plan name]* mientras es miembro del plan, puede que tenga que pagar el costo completo usted mismo.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde, o se roba, llame a Servicios de Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)

#### Sección 3.2 El *Directorio de Proveedores*: Su guía a todos los proveedores de la red del plan

*[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* enumera nuestros proveedores de red.

¿Qué son “proveedores de red”?

**Proveedores de red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales, y otras clínicas de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

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

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras sea miembro de nuestro plan, [*insert as appropriate:* debe utilizar *OR* puede que se le requiera que utilice] proveedores de red para recibir su atención médica y servicios. *[Plans with sub-networks (e.g., limiting members to providers within their PCP’s sub-network) insert a brief explanation of the additional limitations of your sub-network structure.]* Las únicas excepciones son emergencias, cuidado que se necesita urgentemente cuando la red no está disponible (generalmente, cuando esté fuera del área), diálisis fuera del área, y casos en los que *[insert 2015 plan name]* autorice el uso de proveedores de fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para mayor información acerca de la cobertura de emergencia, de fuera de la red, y de fuera del área.

*[Plans with a Point-of-Service (POS) option must briefly describe the POS option here. The details of the POS should be addressed in Chapter 3.]*

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitarle una copia a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). Puede pedirle a Servicios de Miembros más información acerca de nuestros proveedores de red, incluyendo sus calificaciones. [*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 bajarlo de este sitio web. Tanto Servicios de Miembros como el sitio web pueden darle la información más al día con respecto a los cambios en nuestros proveedores de red.]

#### Section 3.3 The *Pharmacy Directory*: Your guide to pharmacies in our network

*[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 “farmacias de red”?

Nuestro *Directorio de Farmacias* le da una lista completa de nuestras farmacias de red - eso quiere decir todas las farmacias que han accedido a surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita estar enterado de las farmacias de red?

Puede utilizar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de red que quiera utilizar. *[Plans may add detail describing additional information included in the pharmacy directory.]*Esto es importante porque, con pocas excepciones, debe hacer que se le surtan las recetas en una de nuestras farmacias de red si quiere que nuestro plan las 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 cuáles son las farmacias de nuestra red que tienen costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de red.]

Si no tiene el Directorio de Farmacias, puede obtener una copia de Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). En cualquier momento, puede llamar a Servicios de Miembros para obtener información al día acerca de los cambios en nuestra red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [*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 de Medicamentos Cubiertos (*Vademécum*) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum).* Lo llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviarlo. Indica qué medicamentos de receta de Parte D están cubiertos por *[insert 2015 plan name]*. Los medicamentos de esta lista los ha seleccionado el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe reunir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de *[insert 2015 plan name]*.

La Lista de Medicamentos le dice también si hay alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de Medicamentos. [*Insert if applicable:* La Lista de Medicamentos que le enviamos incluye información para los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan más corrientemente. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no se han incluido en la Lista de Medicamentos impresa. Si uno de sus medicamentos no aparece en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con Servicios de Miembros para averiguar si lo cubrimos.] Para recibir la información más completa y actual acerca de qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([*insert URL*]) o llamar a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de esta manual).

#### Sección 3.5 La *Explicación de Beneficios* (*Explanation of Benefits* - EOB”) *de Parte D*: Informes con un resumen de los pagos hechos por sus medicamentos de receta de Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos de receta de Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a entender y mantener un registro de los pagos de sus medicamentos de receta de Parte D. Este informe resumido se llama la *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits - EOB) de Parte D* (también llamado “EOB de Parte D”).

La *Explicación de Beneficios de Parte D* le indica la cantidad total que usted u otros en beneficio suyo, han gastado para sus medicamentos de receta de Parte D y la cantidad total que hemos pagado para cada uno de sus medicamentos de receta de Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos de receta de Parte D*) da más información acerca de la *Explicación de Beneficios de Parte D* y cómo puede ayudarlo a mantener un registro de su cobertura de medicamentos.

También hay un resumen de *Explicación de Beneficios de Parte D* disponible si lo solicita. Para recibir una copia, póngase en contacto con Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

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

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

*[Plans with no premiums and whose members would never have to pay a late enrollment penalty (e.g., an I-SNP that enrolls full-benefit duals under an HCBS waiver and has $0 premium), may edit Section 4 as needed.]*

#### Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, paga una prima mensual de plan. [*Select one of the following:* Para 2015, la prima mensual para *[insert 2015 plan name]* es [*insert monthly premium amount*]. *OR* La tabla que hay a continuación indica la cantidad de prima de plan mensual para cada región que servimos. *OR* La tabla que hay a continuación indica la cantidad de prima de plan mensual para cada plan que ofrecemos en el área de servicio.*OR* La cantidad de prima mensual para *[insert 2015 plan name* se indica en [*describe attachment*].] Además, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B (a menos que su prima de Parte B la pague Medicaid u otro 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 de plan mensual aparte para *[insert 2015 plan name]*. Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B (a menos que su prima de Parte B la pague Medicaid u otro tercero).]

[*Insert if applicable:* Su cobertura está provista a través de un contrato con su empleador actual o su empleador anterior o su unión. Póngase en contacto con el administrador de beneficios del empleador o de la unión para obtener información acerca de la prima de su plan.]

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser más baja

[*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 la gente que tiene recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos programas incluyen “Ayuda Extra” y los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. *OR* El programa de “Ayuda Extra” ayuda a la gente con recursos limitados a pagar por sus medicamentos.] El Capítulo 2, Sección 7 habla más acerca de [*insert as applicable:* estos programas *OR* este programa]. Si es elegible, inscribirse en el programa podría reducir su prima de plan mensual.

Si está ya inscrito y recibe ayuda de uno de estos programas, **la información acerca de las primas de esta *Evidencia de Cobertura*** **[*insert as applicable:* podría no aplicarle *OR* no le aplica]**. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* [*insert as appropriate:* Hemos incluido *OR* le enviamos] un documento aparte, llamado la “Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas Que Reciben Ayuda Extra para Pagar por Medicamentos de Receta” (también llamado la “Cláusula Adicional de Subvención de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy - LIS)” o la “Cláusula Adicional LIS”), que le habla de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios de Miembros y pídanos la “Cláusula Adicional LIS.” (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser más alta

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser más alta que la cantidad indicada anteriormente en la Sección 4.1. [*Insert as appropriate:* Estas situaciones se describen *OR* Esta situación se describe] a continuación.

* [*Insert if applicable:* Si se apuntó para recibir beneficios extra, lo que se llama también “beneficios suplementarios opcionales,” entonces paga una prima adicional cada mes por estos beneficios extra. Si tiene preguntas acerca de las primas de su plan, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).*[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section.]*]
* A algunos miembros se les requiere que paguen una **sanción de inscripción tardía** porque no se apuntaron en un plan de medicamentos de Medicare tan pronto como se hicieron elegibles o porque tenían un periodo continuo de 63 días o más durante los cuales no tenían cobertura de medicamentos de receta “acreditable.” (“Acreditable” quiere decir que la cobertura de medicamentos debe pagar, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de receta estándar de Medicare.) Para estos miembros, la sanción de inscripción tardía se añade a la prima mensual del plan. La cantidad de su prima será la prima mensual del plan más la cantidad de su sanción de inscripción tardía.
  + Si se le requiere que pague la sanción de inscripción tardía, la cantidad de su sanción depende de cuánto tiempo esperó antes de inscribirse en la cobertura de medicamentos y cuántos meses pasó sin cobertura de medicamentos después de hacerse elegible. El Capítulo 6, Sección 10 explica la sanción de inscripción tardía.
  + Si tiene una sanción de inscripción tardía y no la paga, se le podría cancelar la inscripción en el plan.

A muchos miembros se les requiere que paguen 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,] a muchos miembros se les requiere que paguen otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, tiene usted que tener derecho a Medicare Parte A y debe estar inscrito en Medicare Parte B. Por esa razón, algunos de los miembros del plan (los que no son elegibles para la Parte A sin primas) pagan una prima por Medicare Parte A. Y la mayoría de los miembros del plan pagan una prima por Medicare Parte B. **Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Algunas personas pagan una cantidad extra por Parte D debido a sus ingresos anuales. Esto se llama Cantidades Mensuales Relacionadas con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amounts - IRMAA). Si sus ingresos son de $ *[insert amount]* o más para una persona (o personas casadas que ponen sus declaraciones de impuestos por separado) o $*[insert amount]* o más para las parejas casadas, **debe pagar una cantidad extra directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de Medicare Parte D.

* **Si se le requiere que pague la cantidad extra y no la paga, se le cancelará la inscripción del plan y perderá la cobertura de medicamentos de receta.**
* Si tiene que pagar una cantidad extra, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta comunicándole la cantidad.
* Para mayor información acerca de las primas de Parte D basadas en los ingresos, vaya al Capítulo 6, Sección 11 de este manual. También pueden visitar http://www.medicare.gov en la Internet, o 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. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2015* le da información acerca de las primas de Medicare en la sección llamada “Costos de Medicare para 2015.” Explica la manera en que las primas de Medicare Parte B y Parte D son distintas para las personas que tienen ingresos distintos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada año en el otoño. Los que son nuevos en Medicare lo reciben dentro del mes siguiente a apuntarse. También puede bajar una copia de *Medicare y Usted 2015* del sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov). O puede encargar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048.

#### Sección 4.2 Hay varias maneras en las que puede pagar su prima del plan

*[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.]*

Hay [*insert number of payment options*] maneras en las que puede 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 manera en que paga su prima, puede que se tarde hasta tres meses para que se implemente su nuevo método de pago. Mientras procesamos su solicitud de nuevo método de pago, es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague a tiempo.

*[Plans without a monthly premium: Replace the preceding two paragraphs with the following:* Si paga una sanción de inscripción tardía de Parte D, hay [*insert number of payment options*] maneras de pagar la sanción. *[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 manera en que paga su prima, puede que se tarde hasta tres meses para que se implemente su nuevo método de pago. Mientras procesamos su solicitud de nuevo método de pago, es responsable de asegurarse de que su sanción de inscripción tardía se pague a tiempo.*]*

Opción 1: Puede pagar con un 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 option.*

*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*]: Puede hacer que la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* sanción de inscripción tardía] se le quite de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* sanción de inscripción tardía] se le quite de su cheque mensual del Seguro Social. Póngase enn contacto con Servicios de Miembros para mayor información acerca de cómo pagar su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* sanción]de esta manera. Nos complacerá ayudarlo a hacer estos arreglos. (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)

Qué hacer si se le está haciendo difícil pagar su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* sanción de 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:* sanción de inscripción tardía] debe llegar a nuestra oficina para el [*insert day of the month*]. Si no hemos recibido su pago de [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* sanción] para el [*insert day of the month*], le enviaremos un aviso diciéndole que su membresía en el plan terminará si no recibimos su [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* sanción de inscripción tardía] dentro de [*insert length of plan grace period*]. Si se le requiere que pague una sanción de inscripción tardía, debe pagar la sanción para mantener su cobertura de medicamentos de receta.

Si se le está haciendo difícil pagar su [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* sanción de inscripción tardía] a tiempo, póngase en contacto con Servicios de Miembros para ver si podemos dirigirlo a programas que le ayuden con su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* sanción]. (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)

Si cancelamos su membresía en el plan porque no ha pagado su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* sanción de inscripción tardía], entonces es posible que no pueda recibir cobertura de Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el periodo de inscripción anual. Durante el periodo de inscripción anual, puede apuntarse en un plan de medicamentos de receta autónomo o en un plan médico que provea también cobertura de medicamentos. (Si pasa más de 63 días sin cobertura de medicamentos “acreditable,” puede que tenga que pagar una sanción de inscripción tardía mientras tenga cobertura de Parte D.)

Si cancelamos su membresía porque no ha pagado su [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* sanción de inscripción tardía], tendrá cobertura médica bajo Medicare Original.

*[Insert if applicable:* Cuando cancelemos su membresía, es posible que aún nos deba [*plans with a premium insert:* primas] [*plans without a premium insert:* la sanción] que no ha pagado. *[Insert one or both statements as applicable for the plan:* Tenemos derecho a proceder con el cobro de [*plans with a premium insert:* las primas] [*plans without a premium insert:* la cantidad de la sanción] que deba. *AND/OR* En el futuro, si quiere inscribirse en nuestro plan otra vez (o en otro plan que ofrezcamos), necesitará pagar la cantidad que deba antes de poder inscribirse.]]

Si cree que hemos cancelado su membresía inapropiadamente, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión poniendo una queja. El Capítulo 9, Sección 10 de este manual habla de la manera en que poner una queja. Si ha tenido una circunstancia de emergencia que estaba fuera de su control y que hizo que no pudiera pagar sus primas dentro de nuestro periodo de gracia, puede pedir que Medicare 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 al 1-877-486-2048.

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

**No.** *[Plans with no premium replace next sentence with the following:* No se nos permite que empecemos a cobrar una prima de plan mensual durante el año.] No se nos permite que cambiemos la cantidad que cobramos por la prima de plan mensual durante el año. Si la prima de plan mensual cambia para el año que viene, se lo diremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que tiene usted que pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si se hace elegible para el programa de “Ayuda Extra” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Extra” durante el año. Si un miembro es elegible para “Ayuda Extra” con sus costos de medicamentos de receta, el programa “Ayuda Extra” pagará parte de la prima de plan mensual del miembro. Así que un miembro que se hace elegible para “Ayuda Extra” durante el año empezaría a pagar menos por su prima mensual. Y un miembro que pierda su elegibilidad durante el año necesitará empezar a pagar su prima mensual completa. Puede averiguar más acerca del programa de “Ayuda Extra” en el Capítulo 2, Sección 7.

*[Plans with no premium replace the previous paragraph with the following:* Sin embargo, en algunos casos, es posible que necesite empezar a pagar o pueda dejar de pagar una sanción de inscripción tardía. (La sanción de inscripción tardía puede aplicar si ha tenido un periodo continuo de 63 días o más en el que no ha tenido cobertura “acreditable” de medicamentos de receta.) Esto podría ocurrir si se hace elegible para el programa de “Ayuda Extra” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Extra” durante el año:

* Si está pagando actualmente la sanción de inscripción tardía y se hace elegible para “Ayuda Extra” durante el año, podría dejar de pagar su sanción.
* Si el programa de “Ayuda Extra” está pagando su sanción de inscripción tardía actualmente y pierde su elegibilidad durante el año, necesitaría empezar a pagar su sanción.

Puede obtener mayor información acerca del programa de “Ayuda Extra” en el Capítulo 2, Sección 7.]

### SECCIÓN 5 Mantenga su registro de membresía en el plan al día

#### Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos 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, incluyendo su dirección y número de teléfono. Indica su cobertura de plan específica [*insert as appropriate:* incluyendo su Proveedor de Cuidado Primario/Grupo Médico/IPA].

Los médicos, hospitales, farmacéuticos, y otros proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costos compartidos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Comuníquenos estos cambios:

* Cambios de nombre, dirección, o número de teléfono
* Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación de trabajadores, o Medicaid)
* Si tiene reclamos de responsabilidad legal, como reclamos de un accidente automovilístico
* Si se le ha admitido a un hogar de enfermería
* Si recibe cuidados en un hospital o sala de urgencias de fuera del área o de fuera de la red
* Si cambia su parte responsable designada (como un cuidador)
* Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si cambia esta información, comuníquenoslo llamando a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). *[Plans that allow members to update this information on-line may describe that option here.]*

También es importante ponerse en contacto con el Seguro Social si se traslada o cambia de dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Examine la información que le enviemos acerca de otras coberturas de seguros que tenga

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]*Medicare requiere que recolectemos información suya acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. La razón es que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. (Para mayor 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 o de medicamentos de la que estemos enterados. Examine esta información detalladamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está indicada, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

### SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica 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 y su información médica personal. Nosotros protegemos su información médica personal según lo requieren estas leyes.

Para mayor información acerca de la manera en que protegemos su información médica personal, vaya al Capítulo 8, Sección 1.4 de este manual.

### SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros tipos de seguro con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como cobertura médica grupal de empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama el “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, llamado el “pagador secundario,” paga solamente si hay costos que la cobertura primaria ha dejado sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas reglas aplican para la cobertura de plan médico grupal de empleador o unión:

* Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
* Si su cobertura de plan médico grupal se basa en el empleo actual suyo o de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, el número de personas que emplea su empleador, y si tiene Medicare basada en edad, incapacidad, o Enfermedad Renal de Etapa Final (End-Stage Renal Disease - ESRD):
  + Si tiene menos de 65 años y está incapacitado y usted o el miembro de su familia trabaja todavía, el plan paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
  + Si usted tiene más de 65 años y usted o su cónyuge trabajan todavía, el plan paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
* Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan médico grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted se haga elegible para Medicare.

Generalmente, estos tipos de cobertura pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

* Seguro independiente de culpabilidad (incluyendo el seguro de automóvil)
* Responsabilidad legal (incluyendo el seguro de automóvil)
* Beneficios de pulmón negro
* Compensación de trabajadores

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

Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero, o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). Puede que necesite dar su número de ID de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

## Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2015 plan name]* (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo cómo ponerse en contacto con Servicios de Miembros en el plan) 24

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa Federal de Medicare) 31

SECTION 3 Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas acerca de Medicare) 34

SECCIÓN 4 Organización de Mejora de Calidad (pagada por Medicare para inspeccionar la calidad de la atención médica de las personas con Medicare) 35

SECCIÓN 5 Seguro Social 36

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto Federal y estatal que ayuda con costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados) 37

SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos de receta 38

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviaria 42

SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro grupal” u otro tipo de seguro médico de un empleador? 43

### SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2015 plan name]* (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo cómo ponerse en contacto con Servicios de Miembros en el plan)

Cómo ponerse en contacto con Servicios de Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamos, facturas, o preguntas de tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios de Miembros de *[insert 2015 plan name]* . Nos complacerá ayudarlo.

| Método | Servicios de Miembros – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **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 de Miembros tiene también servicios de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  *[Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.*]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] son gratuitas.*[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO 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 ponerse en contacto con nosotros cuando va a pedir una decisión de cobertura acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios o cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Para mayor información o para pedir decisiones de cobertura acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

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

| Método | Decisiones de Cobertura de Atención Médica – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | [*Insert phone number*]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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 equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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.]* |
| **SITIO WEB** | [*Optional:Insert URL*] |

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando va a poner una apelación acerca de su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para mayor información acerca de poner una apelación respecto a su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

| Método | Apelaciones de Atención Médica – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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 equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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.]* |
| **SITIO WEB** | *[Optional:Insert URL]* |

Cómo ponerse en contacto con nosotros si va a poner una queja acerca de su atención médica

Puede poner una queja acerca de nosotros o uno de nuestros proveedores de red, incluyendo una queja acerca de la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no tiene que ver con disputas de cobertura o de pagos. (Si su problema tiene que ver con la cobertura o pago del plan, debe consultar la sección anterior acerca de poner una apelación.) Para mayor información acerca de poner una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

| Método | Quejas Acerca de la Atención Médica – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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 equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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.]* |
| **SITIO WEB** | Puede poner una queja acerca de *[insert 2015 plan name]* directamente a Medicare. Para poner una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando pide una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos de receta de Parte D

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

| Método | Decisiones de Cobertura para Medicamentos de Receta de Parte D - Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | [*Insert phone number*]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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 equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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.]* |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando va a poner una apelación acerca de sus medicamentos de receta de Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para mayor información acerca de poner apelaciones acerca de sus medicamentos de receta de Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

| Método | Apelaciones de Medicamentos de Receta de Parte D – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | [*Insert phone number*]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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 equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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.]* |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando va a poner una queja acerca de sus medicamentos de receta de Parte D

Puede poner una queja acerca de nosotros o uno de nuestras farmacias de red, incluyendo una queja acerca de la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no tiene que ver con disputas de cobertura o de pagos. (Si su problema tiene que ver con la cobertura o pago del plan, debe consultar la sección anterior acerca de poner una apelación.) Para mayor información acerca de poner una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

| Método | Quejas acerca de los medicamentos de receta de Parte D – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | [*Insert phone number*]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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 equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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.]* |
| **SITIO WEB** | Puede poner una queja acerca de *[insert 2015 plan name]* directamente a Medicare. Para poner una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

Dónde enviar una solcitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que ha recibido

Para mayor información acerca de situaciones en las que puede que necesite pedirnos reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 *(Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

**Tenga en cuenta que:** Si nos envía una solicitud de pago y denegamos parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

*[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 | Payment Requests – Contact Information |
| --- | --- |
| **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.]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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 equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:not*] 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*] |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

### SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa Federal de Medicare)

Medicare es un programa Federal de seguros médicos para personas de 65 años de edad o más, algunas personas de menos de 65 años que tienen incapacidades, y personas con Enfermedad Renal de Etapa Final (fallo renal permanente que requiere diálisis o un transplante de riñón).

La agencia Federal que está a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (también llamada “CMS”). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage como 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 equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | http://www.medicare.gov  Este es el sitio web oficial de Medicare. Le da información al día acerca de Medicare y de cuestiones actuales de Medicare. También tiene información acerca de hospitales, hogares de enfermería, médicos, agencias de salud en el hogar, y clínicas de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.  El sitio web de Medicare tiene también información detallada acerca de sus opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare, con las siguientes herramientas:   * **Herramienta de Elegibilidad de Medicare:** Provee información de estado de elegibilidad de Medicare. * **Localizador de Planes de Medicare:** Provee información individualizada acerca de planes de medicamentos de receta de Medicare, y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proveen una *estimación* de lo que pueden ser sus costos de bolsillo en distintos planes de Medicare.   También puede utilizar el sitio web para comunicarle a Medicare las quejas que pueda tener acerca de *[insert 2015 plan name]*:   * **Comuníquele su queja a Medicare:** Puede poner una queja acerca de *[insert 2015 plan name]* directamente con Medicare. Para poner una queja con Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.   Si no tiene computadora, su biblioteca o centro de ancianos local podrá quizá ayudarlo a visitar este sitio web utilizando su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán, y se la enviarán a usted. (Puede llamar a Medicare 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.) |

### SECTION 3 Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (ayuda, información y respuestas gratuitas 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 informationfor all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below.*]

El Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program - SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. *[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 tiene una lista de los Programas Estatales de Ayuda de Seguros Médicos de cada estado 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 se llama [*insert state-specific SHIP name*].

[*Insert state-specific SHIP name*] es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno Federal para dar asesoramiento de seguros médicos local a las personas con Medicare.

Los asesores de [*Insert state-specific SHIP name*] pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a poner quejas acerca de su atención o tratamiento médico, y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de [*Insert state-specific SHIP name*] también pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar preguntas acerca de cambiar de plan.

| Método | *[Insert state-specific SHIP name] [If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* SHIP de(*[insert state name]*)*]* |
| --- | --- |
| **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 solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 4 Organización de Mejora de Calidad (pagada por Medicare para inspeccionar la calidad de la atención médica de 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 Mejora de Calidad parea 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 tiene una lista de las Organizaciones de Mejora 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 Mejora de Calidad se llama [*insert state-specific QIO name*].

[*Insert state-specific QIO name*] tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que están pagados por el gobierno Federal. Esta organización está pagada por Medicare para inspeccionar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de las personas con Medicare. [*Insert state-specific QIO name*] es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con [*insert state-specific QIO name*] en cualquiera de estas situaciones:

* Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que ha recibido
* Cree que la cobertura de su estancia de hospital va a acabar demasiado pronto
* Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica en el hogar, cuidado de clínica de enfermería especializada, o Clínica de Rehabilitación Exhaustiva de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF) va a acabar demasiado pronto.

| Método | [*Insert state-specific QIO name*] *[If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* Organización de Mejora de Calidad de(*[insert state name]*)*]* |
| --- | --- |
| **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 equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.] |
| **ESCRIBA** | [*Insert address*] |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

### SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad para y de encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos americanos que tienen 65 años de edad o más, o que tienen una incapacidad o Enfermedad Renal de Etapa Final y reúnen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social se encarga del proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social es responsable también de determinar quién tiene que pagar una cantidad extra por su cobertura de medicamentos de Parte D debido a tener mayores ingresos. Si recibe una carta del Seguro Social diciéndole que tiene que pagar la cantidad extra y tiene preguntas acerca de la cantidad o si sus ingresos han bajado debido a un evento de cambio de vida, puede llamar a la Seguridad Social para pedir una reconsideración.

Si se traslada o cambia de dirección postal, es importante que se ponga en contacto con la Seguridad Social para comunicárselo.

| Método | Social Security– Contact Information |
| --- | --- |
| **LLAME** | 1-800-772-1213  Las llamadas a este número son gratuitas.  Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.  Puede utilizar los servicios automatizados de la Seguridad Social para obtener información grabada y llevar a cabo ciertas transacciones las 24 horas del día. |
| **TTY** | 1-800-325-0778  Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.  Las llamadas a este número son gratuitas.  Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes. |
| **SITIO WEB** | http://www.ssa.gov |

### SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto Federal y estatal que ayuda con costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados)

[*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 conjunto Federal y estatal que ayuda con costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare son también elegibles para Medicaid.

Además, hay programas ofrecidos 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 las personas que tienen ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

* **Beneficiario de Medicare Calificado (Qualified Medicare Beneficiary - QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como los deducibles, el coseguro, y los copagos). (Algunas personas con QMB son también elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
* **Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary - SLMB):** Ayuda a pagar las primas de Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios de Medicaid completos (SLMB+).)
* **Persona Elegible (Qualified Individual - QI):** Ayuda a pagar las primas de Parte B.
* **Personas Elegibles Incapacitadas y que Trabajan (Qualified Disabled & Working Individuals - QDWI):** Ayuda a pagar las primas de Parte A.

Para mayor información acerca de Medicaid y sus programas, póngase en contacto 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:* Programa de Medicaid de (*[insert state name]*)*]*– 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 equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos de receta

Programa de “Ayuda Extra” de Medicare

Medicare provee “Ayuda Extra” para pagar costos de medicamentos de receta para personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su hogar ni su automóvil. Si es elegible, recibe ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare si la hay, el deducible anual, y los copagos de recetas. Esta “Ayuda Extra” también cuenta para sus costos de bolsillo.

Las personas que tienen ingresos y recursos limitados pueden ser elegibles para “Ayuda Extra.” Algunas personas son automáticamente elegibles pare “Ayuda Extra” y no necesitan poner una solicitud. Medicare les envía una carta a las personas que son automáticamente elegibles para “Ayuda Extra.”

Es posible que usted pueda obtener “Ayuda Extra” para pagar sus primas y costos de medicamentos de receta. Para ver si es elegible para recibir “Ayuda Extra,” 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 las 7 am y las 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
* Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para ver la información de contacto).

Si cree que es elegible para “Ayuda Extra” y cree que está pagando una cantidad de costos compartidos incorrecta cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia de su nivel de copago apropiado, o, si ya tiene la evidencia, para 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 demostrando su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga demasiado de copago, le reembolsaremos. O le enviaremos un cheque por la cantidad de su sobrepago o se lo compensaremos en pagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado copago y ha registrado su copago como deuda que usted debe, es posible que le hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado ha pagado de su parte, puede que hagamos el pago directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios de Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

[*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:* Hay 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 estas áreas. Llame a su oficina local de Asistencia Médica (Medicaid) para obtener mayor información acerca de sus reglas (los números de teléfono están en la Sección 6 de este capítulo.) O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana y diga “Medicaid” para mayor información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar visit http://www.medicare.gov para mayor información.]

Programa de Descuento de Falta de Cobertura de Medicare

*[Insert if the plan offers additional coverage in the gap:* El Programa de Descuento de Falta de Cobertura de Medicare está disponible por toda la nación. Como *[insert 2015 plan name*] ofrece cobertura adicional de falta de cobertura durante la Etapa de Falta de Cobertura, sus costos de bolsillo serán a veces más bajos que los costos descritos aquí. Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para mayor información acerca de su cobertura durante la Etapa de Falta de Cobertura.]

*[Insert if the plan does not have a coverage gap:* El Programa de Descuento de Falta de Cobertura de Medicare está disponible por toda la nación. Como *[insert 2015 plan name]* no tiene falta de cobertura, los descuentos descritos aquí no le aplican a usted.

En vez de ello, el plan sigue cubriendo sus medicamentos en su cantidad de costo compartido normal hasta que sea elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte el Capítulo 6, Sección 5 para mayor información acerca de su cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.]

El Programa de Falta de Cobertura de Medicare proporciona descuentos de fabricante para medicamentos de marca a las personas inscritas en Parte D que han alcanzado la falta de cobertura y no están recibiendo “Ayuda Extra” todavía. Un descuento de un 50% sobre el precio negociado (excluyendo la tarifa por receta y la tarifa de administración de vacunas, si las hay) está disponible para los medicamentos de marca de fabricantes que han accedido a pagar el descuento. El plan paga un 5% adicional y usted paga el 45% restante por sus medicamentos de receta.

Si alcanza la falta de cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le presente la factura por su receta, y su Explicación de Beneficios de Parte D (EOB de Parte D) le indicará el descuento provisto. Tanto la cantidad que pague usted como la cantidad descontada por el fabricante cuentan para sus costos de bolsillo como si las hubiera pagado usted, y lo hace pasar por la falta de cobertura. La cantidad pagada por el plan (5%) no cuenta para sus costos de bolsillo.

También recibe algo de cobertura por medicamentos genéricos. Si alcanza la falta de cobertura, el plan paga un 35% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 65% restante del precio. En el caso de los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (35%) no cuenta para sus costos de bolsillo. Solo la cantidad que paga usted cuenta y lo hace pasar por la falta de cobertura. Además, la tarifa de receta se incluye como parte del costo del medicamento.

Si tiene preguntas acerca de la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o acerca del Programa de Descuento de Falta de Cobertura de Medicare en general, póngase en contacto con Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

**¿Qué pasa si tiene cobertura de un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program - SPAP)?**

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

Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program - SPAP), o cualquier otro programa que proporcione cobertura para medicamentos de Parte D (aparte de “Ayuda Extra”), aún recibe el descuento de 50% para los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de medicamentos de marca en la falta de cobertura. El descuento del 50% y el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de la cobertura de SPAP o de cualquier otro tipo.

**¿Qué pasa si tiene cobertura de un Programa de Ayuda de Medicamentos para SIDA (AIDS Drug Assistance Program - ADAP)?**

**¿Qué es el Programa de Ayuda de Medicamentos para SIDA (AIDS Drug Assistance Program - ADAP)?**

El Programa de Ayuda de Medicamentos para SIDA (AIDS Drug Assistance Program - ADAP) ayuda a las personas que son elegibles para ADAP y viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos de VIH que salvan vidas. Los medicamentos de receta de Medicare Parte D que también están cubiertos por ADAP son elegibles para ayuda de costos compartidos de receta *[insert State-specific ADAP information]*. Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su Estado, las personas deben satisfacer ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el Estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo define el Estado, y estado de no estar asegurado o de tener seguro insuficiente.

Si está usted inscrito en un ADAP actualmente, puede seguir proporcionándole ayuda de costo compartido de recetas de Medicare Parte D para los medicamentos del vademécum de ADAP. A fin de asegurarse de que siga recibiendo esta ayuda, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP de cualquier cambio que haya en su nombre o número de póliza de Medicare Parte D. *[Insert State-specific ADAP contact information].*

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

**¿Qué pasa si recibe “Ayuda Extra” de Medicare para ayudar a pagar sus costos de medicamentos de receta?¿Puede recibir descuentos?**

No. Si recibe “Ayuda Extra,” ya recibe cobertura para sus costos de medicamentos de receta durante la falta de cobertura.

**¿Qué pasa si no recibe un descuento y cree que debía haberlo recibido?**

Si cree que ha alcanzado la falta de cobertura y no recibió un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe examinar su próximo aviso de *Explicación de Beneficios de Parte D* (EOB de Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de Parte D*, debe ponerse en contacto con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas están correctos y al día. Si no estamos de acuerdo con que se le debe un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para poner una apelación de su Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program - SHIP) (los números de teléfono están en la Sección 3 de este Capítulo) o llamando 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 Ayuda 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 Ayuda Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos de receta basándose en la necesidad económica, la edad, o la condición médica. Cada estado tiene reglas distintas para proveer cobertura de medicamentos para sus miembros.

Estos programas les proveen a los ancianos de ingresos limitados con necesidades médicas y a las personas con incapacidades ayuda económica para los medicamentos de receta.*[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 tiene una lista de los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica en cada uno de los estados 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 Ayuda 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:* Programa Estatal de Ayuda Farmacética de (*[insert state name]]*– 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 equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.] |
| **ESCRIBA** | [*Insert address*] |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

### SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviaria

La Junta de Retiro Ferroviaria es una agencia Federal independiente que administra programas de beneficios exhaustivos para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas con respecto a sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviaria, póngase en contacto con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviaria, es importante que les notifique si se traslada o cambia de dirección postal.

| Método | Railroad Retirement Board – Contact Information |
| --- | --- |
| **LLAME** | 1-877-772-5772  Las llamadas a este número son gratuitas.  Disponible de 9:00 am a 3:30 pm, de lunes a viernes.  Si tiene un teléfono de botones, hay información grabada y servicios automatizados disponibles 24 horas al día, incluyendo los fines de semana y las fiestas. |
| **TTY** | 1-312-751-4701  Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.  Las llamadas a este número *no* son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | http://www.rrb.gov |

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

Si usted (o su cónyuge) reciben beneficios del empleador o grupo de jubilados de usted (o de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/la unión o a Servicios de Miembros si tiene preguntas. Puede preguntar acerca de los beneficios médicos, primas o periodo de inscripción del empleador suyo (o de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.) 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.

Si tiene otra cobertura de medicamentos de receta a través del empleador o grupo de jubilados de usted (o de su cónyuge), póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar la manera en que su cobertura de medicamentos de receta funcionará con nuestro plan.

## Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cosas que saber acerca de hacer que se le cubra su atención médica como miembro de nuestro plan 46

Sección 1.1 ¿Qué son “proveedores de red” y “servicios cubiertos”? 46

Sección 1.2 Reglas básicas para hacer que el plan cubra su atención médica 46

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para recibir su atención médica 48

Sección 2.1 Usted [*insert as applicable:* puede *OR* debe] elegir un Proveedor de Cuidado Primario (Primary Care Provider - PCP) para que provea y monitorice su atención médica 48

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener aprobación previa de su PCP? 48

Sección 2.3 Cómo obtener cuidado de especialistas y otros proveedores de red 49

Sección 2.4 Cómo obtener cuidado de proveedores de fuera de la red 50

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir cuidado 51

Sección 3.1 Cómo obtener cuidad si tiene una emergencia médica 51

Sección 3.2 Cómo recibir cuidado cuando tiene necesidad urgente de recibir cuidado 52

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le presenta la factura a usted directamente por el costo total de sus servicios cubiertos? 53

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 53

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

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

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

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? 55

SECCIÓN 6 Reglas para recibir cuidado de salud cubierto en una “institución religiosa no médica de cuidado de salud” 56

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de cuidado de salud? 56

Sección 6.2 ¿Qué tipo de cuidado de institución religiosa no médica de cuidado de salud está cubierto por nuestro plan? 56

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipo médico durable 57

Sección 7.1 ¿Le pertenecerá a usted equipo médico durable después de hacer cierto número de pagos bajo nuestro plan? 57

### SECCIÓN 1 Cosas que saber acerca de hacer que se le cubra su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber acerca de utilizar el plan para que se le cubra su atención médica. Da definiciones de términos y explica las reglas a seguir para obtener los tratamientos médicos, los servicios, y los otros tipos de atención médica cubiertos por el plan.

Para ver los detalles acerca de la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe este cuidado, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 *(Tabla de Beneficios Médicos, lo que se cubre y lo que paga usted*).

#### Sección 1.1 ¿Qué son “proveedores de red” y “servicios cubiertos”?

Le damos aquí unas definiciones que pueden ayudarlo a entender cómo recibe el cuidado y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

* **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica certificados por el estado para proveer servicios y atención médicos. El término proveedores incluye también a los hospitales y otras clínicas de atención médica.
* **“Proveedores de red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales, y otras clínicas de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su cantidad de costo compartido como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores proporcionen servicios a los miembros de nuestro plan.*[Plans may delete the next sentence if it is not applicable]* Generalmente, los proveedores de nuestra red nos envían las facturas de la atención médica que le dan a usted directamente. Generalmente, cuando visita un proveedor de red, usted paga solamente su parte del costo de sus servicios.
* **“Servicios cubiertos”** incluye toda la atención médica, servicios de atención médica, insumos, y equipo que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica están enumerados en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

#### Sección 1.2 Reglas básicas para hacer que el plan cubra su atención médica

Como plan médico 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.

Generalmente, *[Insert 2015 plan name]* cubrirá su atención médica siempre que:

* **El cuidado que reciba esté incluido en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este manual).
* **El cuidado que reciba se considere médicamente necesario**. “Médicamente necesario” quiere decir que los servicios, insumos, o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico, o el tratamiento de su condición médica y satisfacen los estándares aceptados de práctica médica.
* *[Plans may omit or edit the PCP-related bullets as necessary]***Tiene un proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider - PCP) de red que le está proporcionando y está monitorizando su cuidado.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de red (para mayor información acerca de esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  + En la mayoría de las situaciones, [*insert as applicable:* su PCP de red *OR* nuestro plan] debe dar aprobación adelantada antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, clínicas de enfermería especializada, o agencias de atención médica en el hogar. Esto se llama darle un “referido.” Para mayor información acerca de esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  + No se requieren referidos de su PCP para cuidado de emergencia o cuidado de necesidad urgente. Hay también otros tipos de cuidado que puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para mayor información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
* *[Plans with a POS option may edit the network provider bullets as necessary.]* **Debe recibir su cuidado de un proveedor de red** (para mayor información acerca de esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que recibe de un proveedor de fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. *He aquí tres excepciones:*
  + El plan cubre cuidado de emergencia o cuidado de necesidad urgente que usted recibe de un proveedor de fuera de la red. Para mayor información acerca de esto, y para ver lo que significa cuidado de emergencia o de necesidad urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  + Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveer esta atención médica, puede recibir esta atención médica de un proveedor de fuera de la red. *[Plans may specify if authorization should be obtained from the plan prior to seeking care.]* En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera el cuidado de un proveedor de red. Para obtener información acerca de recibir aprobación para ver a un médico de fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  + Los servicios de diálisis renal que recibe en una clínica certificada por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

### SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para recibir su atención médica

#### Sección 2.1 Usted [*insert as applicable:* puede *OR* debe] elegir un Proveedor de Cuidado Primario (Primary Care Provider - PCP) para que provea y monitorice su atención médica

*[****Note****: Insert this section only if plan uses PCPs. Plans may edit this section to refer to a Physician of Choice (POC) instead of PCP.]*

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

*[Plans should describe the following in the context of their plans:*

* *What is a PCP?*
* *What types of providers may act as a PCP?*
* *Explain the role of a PCP in your plan.*
* *What is the role of the PCP in coordinating covered services?*
* *What is the role of the PCP in making decisions about or obtaining prior authorization, if applicable?]*

¿Qué tiene que hacer para escoger su PCP?

*[Plans should describe how to choose a PCP.]*

Para cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, también es posible que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar otro PCP.

*[Plans should describe how to change a PCP and indicate when that change will take effect (e.g., on the first day of the month following the date of the request, immediately upon receipt of request, etc.).]*

#### Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener aprobación previa de su PCP?

*[Note: Insert this section only if plans use PCPs or require referrals to network providers.]*

Puede obtener servicios tales como los enumerados a continuación sin obtener aprobación previa de su PCP.

* Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de senos, mamografías diagnósticas (Rays X de los senos), pruebas de Papanicolau, y exámenes pélvicos [*insert if applicable:* siempre que los reciba de un proveedor de red].
* Vacunas contra la influenza [*insert if applicable:* Vacunas contra la Hepatitis B, y vacunas contra la pulmonía].
* Servicios de emergencia de proveedores de red o de proveedores de fuera de la red.
* Cuidado de necesidad urgente de proveedores de dentro de la red o de fuera de la red cuando los proveedores de red no están disponibles o están inaccesibles temporalmente, por ejemplo, cuando está usted temporalmente fuera del área de servicio del plan.
* Los servicios de diálisis renal que obtiene en una clínica de diálisis certificada por Medicare cuando está fuera del área de servicio del plan temporalmente. (Si es posible, llame a Servicios de Miembros antes de irse del área de servicio para que podamos ayudar a hacer arreglos para que reciba diálisis de mantenimiento mientras esté fuera. Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)
* *[Plans should add additional bullets as appropriate.]*

#### Sección 2.3 Cómo obtener cuidado de especialistas y otros proveedores de red

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Aquí tiene unos ejemplos:

* Oncólogos, que se cuidan de los pacientes con cáncer.
* Cardiólogos, que se cuidan de pacientes con condiciones cardíacas.
* Ortopedas, que se cuidan de pacientes con ciertas condiciones óseas, de articulaciones, o de músculos.

*[Plans should describe how members access specialists and other network providers, including:*

* *What is the role (if any) of the PCP in referring members to specialists and other providers?*
* *Include an explanation of the process for obtaining Prior Authorization (PA), including who makes the PA decision (e.g., the plan, PCP, another entity) and who is responsible for obtaining the prior authorization (e.g., PCP, member). Refer members to Chapter 4, Section 2.1 for information about which services require prior authorization.*
* *Explain if the selection of a PCP results in being limited to specific specialists or hospitals to which that PCP refers, i.e. sub-network, referral circles.]*

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red se va de nuestro plan?

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos, y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las cuales es posible que su proveedor se vaya de su plan, pero si su médico o especialista se va de su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

* Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
* Siempre que sea posible, le daremos un aviso de que su proveedor va a irse de nuestro plan con un mínimo de 30 días de antelación para que tenga tiempo de seleccionar otro proveedor.
* Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga administrando sus necesidades de atención médica.
* Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y colaboraremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
* Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su cuidado no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a poner una apelación de nuestra decisión.
* Si se entera de que su médico o especialista va a irse de su plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar otro proveedor y a administrar su cuidado.

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

#### Sección 2.4 Cómo obtener cuidado de proveedores de fuera de la red

*[Plans with a POS option: Describe POS option here. Tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers and what restrictions apply. General information (no specific dollar amounts) about cost-sharing applicable to the use of out-of-network providers in HMO/POS plans should be inserted here, with reference to the benefits chart where detailed information can be found.]*

*[Plans without a POS option: Tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers (e.g., when providers of specialized services are not available in network). Describe the process for obtaining authorization, including who is responsible for obtaining authorization.]*

### SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir cuidado

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

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

Una **“emergencia médica”** es cuando usted o cualquier otra persona prudente no profesional con conocimientos promedios de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren inmediata atención médica para evitar perder la vida, perder extremidades, o perder la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor serio, o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

* **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de urgencias u hospital más próximo. Llame una ambulancia si la necesita. No necesita obtener aprobación o un referido previo de su PCP.
* ***[Plans add if applicable:* Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se ha notificado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitamos hacer seguimiento de su cuidado de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para hablarnos de su cuidado de emergencia, generalmente antes de que pasen 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?

Puede obtener cuidado médico de emergencia cuando sea que lo necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de urgencias de alguna otra manera podría poner su salud en peligro. Para mayor información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este manual.

*[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 tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están dando cuidado de emergencia para ayudar a administrar y dar seguimiento a su atención médica. Los médicos que están dándole cuidado de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha acabado.

*[Plans may modify this paragraph as needed to address the post-stabilization care for your plan.]* Después de que ha acabado la emergencia, tiene derecho a cuidado de seguimiento para asegurarse de que su condición siga estable. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si su cuidado de emergencia está provisto por proveedores de fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de red asuman su cuidado tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Y si no es una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede que vaya a cuidado de emergencia - creyendo que su salud está en grave peligro - y es posible que el médico diga que no es una emergencia médica después de todo. Si resulta que no es una emergencia, siempre que usted haya creido razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado.

Si embargo, después de que su médico haya dicho que no era una emergencia, cubriremos el cuidado adicional *solamente* si recibe el cuidado adicional de una de estas dos maneras:

* Va a un proveedor de red a recibir el cuidado adicional.
* *– o –* el cuidado adicional que recibe se considera “cuidado de necesidad urgente” y usted sigue las normas de recibir este cuidado urgente (para mayor información acerca de esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

#### Sección 3.2 Cómo recibir cuidado cuando tiene necesidad urgente de recibir cuidado

¿Qué es “cuidado de necesidad urgente”?

“Cuidado de necesidad urgente” es una enfermedad, lesión, o condición médica inesperada que no es una emergencia pero que requiere cuidado médico inmediato. El cuidado de necesidad urgente pueden proporcionarlo proveedores de dentro de la red o proveedores de fuera de la red cuando los proveedores de red no están disponibles o están inaccesible temporalmente. La condición inesperada, podría, por ejemplo, ser un brote inesperado de una condición que usted ya sabe que tiene.

¿Y si está en el área de servicio del plan cuando tiene necesidad urgente de recibir cuidado?

En la mayoría de las situaciones, si está en el área de servicio del plan, cubriremos el cuidado de necesidad urgente *solamente* si recibe este cuidado de un proveedor de red y sigue las otras reglas descritas anteriormente en este capítulo. Sin embargo, si las circunstancias son fuera de lo corrientes o extraordinarias, y los proveedores de red no están disponibles o están inaccesible temporalmente, cubriremos el cuidado de necesidad urgente que reciba de un proveedor de fuera de la red.

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

¿Qué pasa si está fuera del área de servicio del plan cuando tiene necesidad urgente de recibir cuidado?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir cuidado de un proveedor de red, nuestro plan cubrirá el cuidado de necesidad urgente que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre cuidado de necesidad urgente ni ningún otro tipo de cuidado *[insert if plan covers emergency care outside of the United States:* que no sea de emergencia] si recibe el cuidado fuera de los Estados Unidos. *[Plans with overseas care covered as a supplemental benefit: modify this section.]*

### SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le presenta la factura a usted directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?

#### Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si ha pagado más que la parte que le corresponde por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo completo de los servicios médicos cubiertos, vaya al Capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos)*.

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

*[Insert 2015 plan name]* cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, están enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos del Plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este manual), y se obtienen de manera consistente con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no se autorizaron.

Si tiene preguntas acerca de si vamos a pagar algún servicio médico y cuidado que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo vamos a cubrir antes de recibirlo. Si decimos que no vamos a cubrir sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* tiene más información acerca de lo que debe hacer si quiere una decisión de cobertura nuestra o quiere apelar una decisión que ya hayamos tomado. También puede llamar a Servicios de Miembros para obtener mayor información acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo completo de los servicios que recibe después de haber utilizado todo su beneficio para este 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 de Miembros cuando quiera saber la cantidad de límite de beneficios que ha utilizado ya.

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

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

Un estudio de investigación clínica (llamado también una “prueba clínica”) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitando voluntarios para que ayuden con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y a los científicos a ver si un nuevo método funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica admiten miembros de nuestro plan. Medicare *[plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan*]* necesita aprobar el estudio de investigación primero. 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, *será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

Una vez 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 pondrá en contacto con usted para explicar más acerca del estudio y ver si reúne los requisitos establecidos por los científicos que están operando el estudio. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos del estudio *y* entienda bien y acepte lo que se necesita si participa en el estudio.

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

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación *[plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence]* ni la de su PCP. Los proveedores que proporcionen su cuidado como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **necesita notificarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica**. He aquí las razones por las que necesita notificarnos:

1. Le podemos decir si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.

2. Le podemos decir qué servicios recibirá de los proveedores del estudio de investigación clínica en vez de nuestro plan.

Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, póngase en contacto con Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

#### Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Una vez se apunta en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, está cubierto para artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluyendo:

* Estancia y comida para una estancia de hospital que Medicare pagaría aún si no estuviera en un estudio
* Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación
* Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención médica.

Medicare Original paga la mayoría del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará también parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto quiere decir que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que hubiera pagado si hubiera recibido estos servicios de nuestro plan.

*He aquí un ejemplo do cómo funcionan los costos compartidos:* Digamos que se le hace una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos de esta prueba es $20 bajo Medicare Original, pero la prueba costaría $10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros $10. Esto quiere decir que usted pagaría $10, que es la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, necesitará presentar una solicitud de pago. Con su solicitud, necesitará enviarnos una copia de sus Avisos de Resumen de Medicare u otra documentación que indique qué servicios ha recibido como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para mayor información acerca de poner solicitudes de pago.

Cuando es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan paga lo siguiente:**

* Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que está probando el estudio a menos que Medicare cubra el artículo o servicio aún si usted *no* estuviera en un estudio.
* Artículos y servicios que le da el estudio gratuitamente a usted o a cualquier participante.
* Artículos o servicios provistos solamente para recolectar datos, y que no se utilizan para su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales que se hagan como parte del estudio si su condición médica requiriera solamente una sola tomografía computarizada.

¿Quiere saber más?

Puede obtener más información acerca de apuntarse en un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare y los Estudios de Investigación Clínica” en el sitio web 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 recibir cuidado de salud cubierto en una “institución religiosa no médica de cuidado de salud”

#### Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de cuidado de salud?

Una institución religiosa no médica de cuidado de salud es una clínica que provee cuidados para una condición que generalmente se trataría en un hospital o cuidado de clínica de enfermería especializada. Si el recibir atención médica en un hospital o una clínica de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, proveeremos, en vez de ello, cobertura para recibir cuidado en una institución religiosa no médica de cuidado de salud. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento por cualquier razón. Este beneficio se provee solamente para servicios de paciente interno de Parte A (servicios de cuidado de salud no médicos). Medicare pagará solamente los servicios de salud no médicos provistos por instituciones religiosas no médicas de cuidado de salud.

#### Sección 6.2 ¿Qué tipo de cuidado de institución religiosa no médica de cuidado de salud está cubierto por nuestro plan?

Para recibir cuidado de una institución religiosa no médica de cuidado de salud, debe firmar un documento legal que diga que su conciencia hace que se oponga a recibir tratamiento médico que “no es de excepción.”

* Atención médica o tratamiento médico que “no es de excepción” es cualquier tipo de atención médica o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no requiere* la ley federal, estatal o local.
* Tratamiento médico “de excepción” es la atención médica o tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o que *lo requiere* la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica de cuidado de salud debe reunir las siguientes condiciones:

* La clínica que provea el cuidado debe estar certificada por Medicare.
* La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos no religiosos del cuidado.
* Si recibe servicios de esta institución que se le proveen en su hogar, nuestro plan cubrirá estos servicios solamente si, generalmente, su condición reuniría las condiciones de cobertura de servicios provistos por agencias de salud en el hogar que no son instituciones religiosas no médicas de cuidado de salud.
* Si recibe servicios de esta institución que se le proveen en una clínica [*insert as applicable:* aplican las condiciones siguientes *OR* aplica la siguiente condición]:
  + Debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de cuidado de hospital de paciente nterno o de cuidado de clínica de enfermería especializada.
  + *[Omit this bullet if not applicable] – y –* debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de que se le admita en la clínica, o su estancia 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 de propiedad de equipo médico durable

#### Sección 7.1 ¿Le pertenecerá a usted equipo médico durable después de hacer 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 specifiedDME can be owned by the member.]*

El equipo médico durable incluye artículos tales como el equipo e insumos de oxígeno, las sillas de ruedas, los andadores, y las camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. Ciertos artículos, tales como las prótesis, siempre le pertenecen al miembro. En esta sección hablaremos de otros tipos de equipo médico durable que debe alquilarse.

*[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 durable pasan a ser propietarios del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de *[insert 2015 plan name]*, sin embargo, [*insert if the plan sometimes allows ownership:* generalmente] no adquirirá propiedad de los artículos de equipo médico durable alquilado sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea 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 médico durable. Llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) para obtener información acerca de los requisitos que debe reunir y la documentación que necesita proporcionar.]*[Insert if your plan never transfers ownership (except as noted above, for example, for prosthetics):* Aún si hiciera hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico durable bajo Medicare Original antes de haberse apuntado en nuestro plan, no adquiriría propiedad sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.]

¿Qué les ocurre a los pagos que ha hecho por equipo médico durable si se cambia a Medicare Original?

Si se cambia a Medicare Original después de ser miembro de nuestro plan: Si no adquirió propiedad del artículo de equipo médico durable mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos más por el artículo mientras esté en Medicare Original para adquirir propiedad del artículo. Sus pagos anteriores mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si hizo pagos por el artículo de equipo médico durable bajo Medicare Original antes de apuntarse en nuestro plan, estos pagos anteriores de Medicare Original no cuentan tampoco para los 13 pagos consecutivos. Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos por el artículo bajo Medicare Original para adquirir propiedad. No hay excepciones para este caso cuando vuelva a Medicare Original.

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

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo por servicios cubiertos 59

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos 59

Sección 1.2 ¿Qué es su deducible anual del plan? 60

Sección 1.3 Nuestro plan [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* also] tiene un deducible [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2*: aparte] para ciertos tipos de servicios 60

Sección 1.4 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos [*insert if applicable:* de Medicare Parte A y Parte B] ? 61

Sección 1.5 Nuestro plan limita también sus costos de bolsillo para ciertos tipos de servicios 62

Sección 1.6 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen “facturas de balance” 63

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar lo que está cubierto para usted y cuánto va a pagar 63

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan 63

Sección 2.2 Beneficios “suplementarios opcionales” extra que puede comprar 93

Sección 2.3 Cómo obtener cuidado utilizando el beneficio opcional de visitante/viajero 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 Explicación de sus costos de bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo se concentra en sus servicios cubiertos y en lo que paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera sus servicios cubiertos e indica cuánto va a pagar por cada servicio cubierto como miembro de *[insert 2015 plan name]*. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. [*Insert if applicable:* También explica límites sobre 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 bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos

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

Para entender la información de pagos que le damos en este capítulo, necesita conocer los tipos de costos de bolsillo que puede que tenga que pagar por sus servicios cubiertos.

* El **“deducible”** es la cantidad que debe pagar por servicios médicos antes de que su plan empiece a pagar su parte. ([*Insert if applicable:* La Sección 1.2 le da más información acerca del deducible anual de su plan.*[Insert if applicable:* La Sección 1.3 le da más información acerca de sus deducibles anuales por ciertas categorías de servicios.])
* Un **“copago”** es una cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago cuando recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 le da más información acerca de los copagos.)
* **“Coseguro”** es el porcentaje que paga usted del costo total de ciertos servicios médicos. Paga un coseguro cuando recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 le da más información acerca del coseguro.)

Algunas personas son elegibles para los programas Estatales de Medicaid para ayudarles a pagar sus costos de bolsillo de Medicare. (Estos “Programas de Ahorros de Medicare” incluyen los programas de Beneficiario Elegible de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary - QMB), Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary - SLMB), Persona Elegible (Qualifying Individual - QI), y Personas Elegibles Incapacitadas y que Están Trabajando (Qualified Disabled & Working Individuals - QDWI). Si está inscrito en uno de estos programas, puede que aún tenga que pagar un copago por el servicio, según las reglas de su estado.

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

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

*[POS plans with a deductible that applies only to POS services: modify this section as needed.]*

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

Hasta que haya pagado la cantidad del deducible, debe pagar el costo completo de sus servicios cubiertos. Una vez haya pagado el deducible, empezaremos a pagar nuestra parte de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte ([*insert as applicable:* su copago O*R* la cantidad de su coseguro *OR* la cantidad de su copago o coseguro]) durante el resto del año de calendario.

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

* *[Plans insert services not subject to the deductible]*

#### Sección 1.3 Nuestro plan [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* also] tiene un deducible [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2*: aparte] 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 aplica a todos sus servicios médicos cubiertos, tenemos también 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 una cantidad de deducible anual de *[insert service category deductible]* para *[insert service category]*. Hasta que haya pagado la cantidad del deducible, debe pagar el costo completo de *[insert service category]*. Una vez haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios y usted pagará su parte ([*insert as applicable:* su copago *OR* su cantidad de coseguro *OR* su copago y cantidad de coseguro]) durante el resto del año de calendario. [*Insert if applicable:* Tanto el deducible anual del plan como el deducible anual para [*insert service category*] aplican a su [*insert service category*] cubierto. Esto quiere decir que una vez satisfazca el deducible anual del plan *o* el deducible de [*insert service category*], empezaremos 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 una cantidad de deducible anual para los siguientes tipos de servicios:

* *[Plans should insert a separate bullet for each service category deductible:* Nuestra cantidad de deducible anual para *[insert service category]* es *[insert service category deductible].* Hasta que haya pagado la cantidad del deducible, debe pagar el costo completo de *[insert service category]*. Una vez haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios y usted pagará su parte ([*insert as applicable:* su copago *OR* su cantidad de coseguro *OR* su copago y cantidad de coseguro]) durante el resto del año de calendario. [*Insert if applicable:* Tanto el deducible anual del plan como el deducible anual para [*insert service category*] aplican a su [*insert service category*] cubierto. Esto quiere decir que una vez satisfazca el deducible anual del plan *o* el deducible de [*insert service category*], empezaremos a pagar nuestra parte de los costos de su [*insert service category*] cubierto.]]

#### Sección 1.4 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos [*insert if applicable:* de Medicare Parte A y Parte B] ?

*[POS plans may revise this information as needed to describe the plan’s MOOP(s).]*

Como está inscrito en un Plan de Medicare Advantage, hay un límite en la cantidad que tiene que pagar de bolsillo cada año para servicios médicos de dentro de la red que están cubiertos [*insert as applicable:* bajo Medicare Parte A y Parte B *OR* por nuestro plan] (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se llama la cantidad máxima de bolsillo para servicios médicos.

Como miembro de *[insert 2015 plan name],* la cantidad máxima que tendrá que pagar de bolsillo por servicios cubiertos [*insert if applicable:* de Parte A y Parte B] en 2015 es *[insert MOOP].* Las cantidades que pague [*insert applicable terms:* por deducibles, copagos y coseguro] para servicios cubiertos dentro de la red cuentan para esta cantidad máxima de bolsillo. *[Plans with no premium may modify the following sentence as needed]* (Las cantidades que paga por sus primas del plan para sus medicamentos de receta de Parte D no cuentan para la cantidad máxima de bolsillo.)[*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* Además, las cantidades que paga por algunos de los servicios no cuentan para su cantidad máxima de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos.]) Si alcanza la cantidad máxima de bolsillo de *[insert MOOP]*, no tendrá que pagar costos de bolsillo durante el resto del año para servicios cubiertos dentro de la red [*insert if applicable:* de Parte A y Parte B]. Sin embargo, debe seguir pagando [*insert if plan has a premium:* su prima del plan y] la prima de Medicare Parte B (a menos que su prima de Parte B esté pagada para usted por Medicaid u otro tercero).

#### Sección 1.5 Nuestro plan limita también 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 máxima cantidad de bolsillo por servicios cubiertos [*insert if applicable:*de Parte A y Parte B] (vea la Sección 1.4 anterior), también tenemos una cantidad máxima de bolsillo aparte que aplica solamente a ciertos tipos de servicios.

*[Insert if plan has one service category MOOP:* El plan tiene una cantidad máxima de bolsillo de *[insert service category MOOP]* para *[insert service category]*. Una vez haya pagado *[insert service category MOOP]* de bolsillo para *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo para usted durante el resto del año de calendario. [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* Tanto la cantidad máxima de bolsillo para los servicios médicos *[insert as applicable:* de Parte A y Parte B *OR* cubiertos] como la cantidad máxima de bolsillo para [*insert service category*] aplican a su [*insert service category*] cubierto. Esto quiere decir que una vez haya pagado [*insert MOOP*] para los servicios médicos *[insert as applicable:* de Parte A o Parte B *OR* cubiertos] *o* [*insert service category OOP max*] por su [*insert service category*], el plan cubrirá su [*insert service category*] sin costo para usted durante el resto del año.]

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

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

#### Sección 1.6 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen “facturas de balance”

Como miembro de *[insert 2015 plan name*], una protección importante para usted es que [*plans with a plan-level deductible insert:* ,después de satisfacer los deducibles que pueda haber,] solo tiene que pagar su cantidad de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos aparte, llamado “facturas de balance.” Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

La protección funciona de esta manera.

* Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente esa cantidad por los servicios cubiertos de un proveedor de red.
* Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
  + Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se ha determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  + Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores de fuera de la red solamente en ciertas situaciones, tales como cuando recibe un referido.)
  + Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores de fuera de la red solamente en ciertas situaciones, tales como cuando recibe un referido.)

### SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar lo que está cubierto para usted y cuánto va a pagar

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

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

* Sus servicios cubiertos de Medicare deben proveerse según los lineamientos de cobertura establecidos por Medicare.
* Sus servicios (incluyendo la atención médica, los servicios, los insumos y el equipo) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” quiere decir que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico, o el tratamiento de su condición médica, y satisfacen estándares aceptados de práctica médica.
* [*Insert if applicable:* Recibe su atención médica de un proveedor de red. En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor de fuera de la red no se cubrirá. El Capítulo 3 da más información acerca de los requisitos para utilizar proveedores de red y las situaciones en las cuales cubriremos servicios de un proveedor de fuera de la red.]
* [*Insert if applicable:* Tiene un proveedor de cuidado primario (un PCP) que está proporcionando y monitorizando su cuidado. *[Plans that do not require referrals may omit the rest of this bullet]* En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle aprobación previa antes de que pueda usted visitar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle un “referido.” El Capítulo 3 da más información acerca de obtener un referido y las situaciones en las que no necesita referido.]
* [*Insert if applicable:* Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de red obtiene aprobación previa nuestra. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos [*insert as appropriate:* con un asterisco *OR* con una nota de pie de página *OR* en negrillas *OR* en cursiva*]* [*Insert if applicable:* Además, los servicios siguientes no enumerados en la Tabla de Beneficios requieren aprobación previa: [*insert list*].]

Otras cosas importantes que saber acerca de nuestra cobertura:

* Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga *menos*. (Si quiere saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su Manual de *Medicare y Usted 2015*. Véalo en línea en http://www.medicare.gov o pida una copia llamando 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.)
* No cobramos costos compartidos de visitas de oficina si el único propósito de la visita es obtener servicios de prevención. [*Insert as applicable:* Sin embargo, si se le trata o monitoriza por una condición médica existente durante la visita en la que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por el cuidado recibido por la condición médica existente.]
* A veces, Medicare añade cobertura bajo Medicare Original para servicios nuevos durante el año. Si Medicare añade servicios durante 2015, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Apple icon.Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la tabla de beneficios.



***[Instructionson 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 plans with networks should clearly indicate for each service applicable the difference in cost-sharing at network and out-of-network providers and facilities.*
* *Plans with a POS benefit may include POS information within the benefit chart, or may include a section following the chart listing POS-eligible benefits and cost-sharing.*
* *Plans should clearly indicate which benefits are subject to prior authorization (plans may use asterisks or similar method).*
* *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 usted** cuando reciba estos servicios |
| --- | --- |
| Apple icon.Examen preventivo de aneurismo aórtico abdominal  Un ultrasonido diagnóstico de una sola vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si recibe un referido como resultado de su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare.”  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiarios elegibles para este examen preventivo. |
| Servicios de ambulancia   * Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotativa, y por tierra, a la clínica apropiada más cercana que pueda proporcionar atención médica si se le proveen a un miembro cuya condición médica es tal que otro medio de transporte es contraindicado (podría poner en peligro la salud de la persona) o si está autorizado por el plan. * El transporte que no es de emergencia por ambulancia es apropiado si se documenta que la condición del miembro es tal que otro medio de transporte es contraindicado (podría poner en peligro la salud de la persona) y que el transporte por ambulancia se requiere médicamente. | *[List copays / coinsurance / deductible. Specify whether cost-sharing applies one-way or for round trips.]* |
| Apple icon.Visita anual de revisión médica  Si ha tenido Parte B más de 12 meses, puede tener una visita anual de revisión médica para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Esto se cubre cada 12 meses.  **Nota**: Su primera visita de revisión médica anual no puede tener lugar dentro de los 12 meses siguientes a su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare.” Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las visitas anuales de revisión médica después de haber tenido Parte B durante 12 meses. | No hay coseguro, copago, ni deducible para la visita de revisión médica anual. |
| Apple icon.Medida de masa ósea  Para las personas elegibles (generalmente, esto quiere decir las personas con riesgo de perder masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea, o determinar calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por parte de un médico.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare |
| Apple icon.**Examen preventivo de senos (mamografías)**  Los servicios cubiertos incluyen:   * Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 años * Una mamografía de examen preventivo cada 12 meses para las mujeres de 40 años de edad o mayores * Exámenes de seno clínicos una vez cada 24 meses   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para las mamografías preventivas cubiertas. |
| **Servicios de rehabilitación cardiaca**  Programas exhaustivos de servicios de rehabilitación cardiaca que incluyen ejercicio, educación, y asesoramiento cubiertos para los miembros que reúnen ciertas condiciones con *[insert as appropriate:* el referido *OR* la orden] de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardiaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardiaca.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)  Cubrimos 1 visita al año con su médico de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial, y le dé sugerencias para asegurarse de que coma bien.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva. |
| Apple icon.Pruebas de enfermedad cardiovascular  Los exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que se cubren una vez cada 5 años. |
| Apple icon.**Examen preventivo de cáncer cervical y vaginal**  Los servicios cubiertos incluyen:   * Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos cubiertos una vez cada 24 meses. * Si tiene alto riesgo de cáncer cervical o ha tenido una prueba anormal de Papanicolau y está en la edad en la que puede tener hijos: una prueba de Papanicolau cada 12 meses   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolau o pélvicos. |
| **Servicios quiroprácticos**  Los servicios cubiertos incluyen:   * Cubrimos solamente la manipulación manual de la espina para corregir una subluxación   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.**Examen preventivo de cáncer colorrectal**  Para las personas de 50 años de edad o más, se cubre lo siguiente:   * Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario de examen preventivo como alternativa) cada 48 meses * Prueba fecal de sangre oculta, cada 12 meses   Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:   * Colonoscopía preventiva (o enema de bario de examen preventivo como alternativa) cada 24 meses   Para las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:   * Colonoscopía preventiva cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses siguientes a un sigmoidoscopía preventiva   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para un examen preventivo de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. |
| *[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  En general, los servicios dentales preventivos (tales como los limpiados, los exámenes dentales de rutina, y los Rayos X 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.**Examen preventivo de depresión**  Cubrimos un examen preventivo de depresión al año. El examen debe ser llevado a cabo en un entorno de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y referidos.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para la visita de examen preventivo anual de depresión. |
| Apple icon.Examen preventivo de diabetes  Cubrimos este examen preventivo (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o historial de alto azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas pueden también estar cubiertas si satisface otros requisitos, como pesar demasiado y tener historial de diabetes en la familia.  Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos exámenes preventivos de diabetes cada 12 meses.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para las pruebas preventivas de diabetes cubiertas. |
| Apple icon.Instrucción de autocontrol de diabetes, servicios e insumos para 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 (tanto los que utilizan insulina como los que no la utilizan). Los servicios cubiertos incluyen:   * Insumos para monitorizar su glucosa sanguínea: Monitor de glucosa sanguínea, tiras de prueba de glucosa sanguínea, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y los monitores. * Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par por año de calendario de zapatos moldeados a la medida terapéuticos (incluyendo plantillas provistas con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas no hechas a la medida que pueden quitarse y se proveen con esos zapatos). La cobertura incluye pruebas de ajuste correcto. * La instrucción de autocontrol de diabetes se cubre bajo ciertas condiciones.   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para los beneficiarios elegibles para el beneficio preventivo de instrucción de autocontrol de diabetes. |
| Equipo médico durable e insumos relacionados  (Para ver la definición de “equipo médico durable,” consulte el Capítulo 12 de este manual.)  Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación: sillas de rueda, muletas, camas de hospital, bombas de infusión intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizadores, y andadores.  *[Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Cubrimos todo el equipo médico durable necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante específico, puede preguntarles si pueden encargarlo especialmente para usted.]  [*Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Con este documento de *Evidencia de Cobertura*, le enviamos la lista de equipo médico durable de [*insert 2015 plan name*]. La lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico durable que cubriremos. Esta lista de marcas, fabricantes y proveedores de insumos es la más reciente y también puede encontrarse en nuestro sitio web en [*insert URL*].  Generalmente, [*insert 2015 plan name*] cubre cualquier equipo médico durable cubierto por Medicare Original de entre las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es usted nuevo en [*insert 2015 plan name*] y está utilizando una marca de equipo médico durable que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca para usted durante un máximo de 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este periodo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que le dé un referido para que le den una segunda opinión.)  Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor puede poner una apelación. También puede poner 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 mayor información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).*)] | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidado de emergencia  El cuidado de emergencia se refiere a servicios que:   * Están proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y * Se necesitan para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.   Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente no profesional con conocimientos promedios de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren inmediata atención médica para evitar perder la vida, perder extremidades, o perder la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor serio, o una condición médica que está empeorando rápidamente.  *[Also identify whether this coverage is within the U.S. or world-wide.]* | *[List copays / coinsurance / deductible. If applicable, explain that cost-sharing is waived if member admitted to hospital.]*  Si recibe cuidado de emergencia en un hospital de fuera de la red y necesita cuidado de paciente interno después de que se ha estabilizado su condición de emergencia, *[Insert one or both:* debe volver a un hospital de red a fin de que prosiga su cuidado para estar cubierto *OR* debe hacer que el plan autorice su cuidado de paciente interno en el hospital de fuera de la red, y su costo es el costo compartido *[insert if applicable:* más alto*]* que pagaría en un hospital de red.] |
| Apple icon.Programas de educación de 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 de audición  Las evaluaciones diagnósticas de oído y equilibrio llevadas a cabo por su [*insert as applicable:* PCP *OR* proveedor] para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado de paciente ambulatorio cuando están proporcionadas por un médico, audiólogo, u otro proveedor calificado.  *[List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Examen de VIH  Para las personas que piden una prueba diagnóstica de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos:   * Un examen diagnóstico cada 12 meses   Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos:   * Hasta un máximo de tres exámenes diagnósticos durante un embarazo   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para los beneficiarios elegibles para un examen diagnóstico preventivo de VIH cubierto por Medicare. |
| Cuidado de agencia de salud en el hogar  *[If needed, plans may revise language related to the doctor certification requirement.]* Antes de recibir servicios de salud en el hogar, el médico debe certificar que usted necesita servicios de salud en el hogar y ordenar que una agencia de salud en el hogar provea servicios de salud en el hogar. Usted debe estar confinado en el hogar, lo cual quiere decir que irse de casa constituye gran esfuerzo.  Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:   * Servicios de jornada parcial o intermitentes de enfermería especializada y de asistente de salud en el hogar. (Para que se cubran bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud en el hogar juntos deben ser de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) * Terapia física, terapia ocupacional, y terapia de habla * Servicios médicos y sociales * Equipo e insumos médicos | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidado de hospicio  Debe recibir cuidado de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de red o un proveedor de fuera de la red.  Los servicios cubiertos incluyen:   * Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor * Cuidado paliativo de corto plazo * Cuidado en el hogar   Para servicios de hospicio y para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y están relacionados con su condición mortal: Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio y los servicios de Parte A y Parte B que pueda haber que estén relacionados con su condición mortal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio enviará las facturas de los servicios por los que paga Medicare Original a Medicare Original.  Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y no están relacionados con su condición mortal: Si necesita servicios que no son de emergencia y que no se necesitan urgentemente y que están cubiertos bajo Medicare Parte A o B y no están relacionados con su condición mortal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:   * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de red, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios de dentro de la red * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de fuera de la red, paga el costo compartido bajo Medicare de Tarifa Por Servicio (Medicare Original)   Para los servicios que están cubiertos por *[insert 2015 plan name]* pero no están cubiertos por Medicare Parte A o B:*[insert 2015 plan name]* seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos bajo Parte A o B tanto si están relacionados con su condición mortal como si no. Usted paga su cantidad de costo compartido del plan por estos servicios.  **Nota:** Si necesita cuidados que no sean de hospicio (cuidado no relacionado con su condición mortal), debe ponerse en contacto con nosotros para hacer arreglos para los servicios. Recibir cuidado que no es de hospicio a través de proveedores de nuestra red reducirá su parte de los costos de los servicios.  [*Insert if applicable, edit as appropriate:* Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona mortalmente enferma que no ha elegido el beneficio de hospicio.] | Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de Parte A y Parte B relacionados con su condición mortal están pagados por Medicare Original, no por *[insert 2015 plan name]*.  *[Include information about cost-sharing for hospice consultation services if applicable.]* |
| Apple icon.Inmunizaciones  Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:   * Vacuna contra la pulmonía * Vacunas de influenza, una vez al año en otoño o invierno * Vacuna de Hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B * Otras vacunas si tiene riesgo y satisfacen las reglas de cobertura de Medicare parte B   También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos de receta de Parte D.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para las vacunas de pulmonía, influenza, y Hepatitis B. |
| Cuidado de hospital de paciente interno  Incluye servicios de hospital de paciente interno agudos, de rehabilitación de paciente interno, y de otros tipos. El cuidado de hospital de paciente interno empieza el día en que se le admite formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes del que se le da de alta es su último día de paciente interno.  *[List days covered and any restrictions that apply.]* Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:   * Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería normales * Costos de unidades de cuidados especiales (tales como unidades de cuidado intensivo o cuidado de coronaria) * Medicamentos * Pruebas de laboratorio * Rayos X y otros servicios radiológicos * Insumos quirúrgicos y médicos necesarios * Uso de aparatos, tales como las sillas de ruedas * Costos de sala de operaciones y recuperación * Terapia física, ocupacional, y del habla * Servicios de abuso de intoxicantes de paciente interno | *[List all cost-sharing (deductible, copayments/ coinsurance / deductible) 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:* Se aplica un deducible por cada admisión una sola vez durante el periodo definido de beneficios*. [In addition, if applicable, explain all other cost-sharing that is charged during a benefit period.]* |
| Cuidado de hospital de paciente interno (continuación)   * Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de transplantes están cubiertos: de córnea, de riñón, de riñón-páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de célula madre, e intestinal/multivisceral. Si necesita un transplante, haremos arreglos para que su caso sea examinado por un centro de transplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un transplante. *[Plans with a provider network insert:* Los proveedores de transplantes pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los proveedores de transplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original, entonces usted puede optar por obtener sus servicios de transplante localmente o en una ubicación lejana ofrecida por el plan. Si *[insert 2015 plan name]* provee servicios de transplante en una ubicación lejana (fuera del área de servicio) y usted opta por obtener transplantes en esta ubicación lejana, haremos arreglos o pagaremos los costos de albergue y transporte apropiados para usted y un acompañante.] *[Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.]* * Sangre - incluyendo el almacenaje y la administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos concentrados empieza con la cuarta pinta de sangre que necesite - usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año de calendario o recibir sangre donada por usted u otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se utiliza. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Servicios de médico   **Nota:** Para ser paciente interno, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente interno del hospital. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, podría considerársele “paciente ambulatorio.” Si no está seguro de si es paciente interno o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.  También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada “¿Es Usted Paciente Interno o Ambulatorio de Hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!”  Esta hoja de datos puede encontrarse en el 2 en http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048. Puede llamar estos números gratuitamente, 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:* Se cobra un deducible y/otros costos compartidos por cada estancia de paciente interno.]  *[If inpatient cost-sharing varies based on hospital tier, enter that cost-sharing in the data entry fields.]*  Si recibe cuidado de paciente interno *[insert if applicable:* autorizado] en un hospital de fuera de la red después de que su condición de emergencia se ha estabilizado, su costo es el costo compartido [*Insert if applicable:* más alto] que pagaría en un hospital de red. |
| Cuidado de salud mental de paciente interno  Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren estancia en un hospital. *[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 / deductible) 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:* Se aplica un deducible por cada admisión una sola vez durante el periodo definido de 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:* Se cobra un deducible y/otros costos compartidos por cada estancia de paciente interno.] |
| Servicios de paciente interno cubiertos durante una estancia de paciente interno no cubierta  *[Plans with no day limitations on a plan’s hospital or SNF coverage may modify or delete this row as appropriate.]*  Si se le han acabado los beneficios de paciente interno o si la estancia de paciente interno no es razonable y necesaria, no cubriremos su estancia de paciente interno. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en la clínica de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility - SNF). Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:   * Servicios de médico * Pruebas diagnósticas (como las pruebas de laboratorio) * Terapia de Rayos X, radio e isotopos, incluyendo materiales y servicios de técnico * Vendajes quirúrgicos * Entablillados, enyesados y otros métodos y aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones * Prótesis y aparatos ortóticos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluyendo el tejido contiguo), o todo o parte de la función de un órgano del cuerpo interno permanentemente inoperativo o que funcione mal, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos * Collarines de pierna, brazo y cuello; armaduras, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones, y reemplazos requeridos debido a roturas, desgaste, pérdida, o un cambio en la condición 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 las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no tienen diálisis), o después de un transplante de riñón, cuando su médico *[insert as appropriate:* da un referido *OR* lo ordena].  Cubrimos 3 horas de asesoramiento individual durante su primer año de recibir servicios de terapia médica de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage, o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento, o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con *[insert as appropriate:* el referido *OR* la orden] de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su *[insert as appropriate:* referido *OR* orden] anualmente si se necesita que su tratamiento continue el año de calendario siguiente.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare. |
| Medicamentos de receta de Medicare Parte B  Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:   * Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente externo de hospital, o de centro quirúrgico ambulatorio. * Medicamentos que toma utilizando equipo médico durable (como los nebulizadores) que se autorizaron en el plan * Factores de coagulación que se administra usted mismo con una inyección si tiene hemofilia * Medicamentos Inmunosupresivos, si estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del transplante de órgano * Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado al hogar, tiene una fractura de hueso que un medico certifique estaba relacionada a osteoporosis de después de la menopausia, y no puede administrarse el medicamento usted misma * Antígenos * Ciertos medicamentos contra el cáncer y contra las náuseas * Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anésteticos locales, y agentes estimulantes de la eritropoyesis *[plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan]* (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa) * Globulina Inmune Intravenosa para el tratamiento de enfermedades principales de deficiencia inmunológica en el hogar   El Capítulo 5 explica el beneficio de los medicamentos de receta de Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que se le cubran las recetas. Lo que paga usted por sus medicamentos de recete de Parte D se explica en el Capítulo 6. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Examen y terapia de obesidad para fomentar el sostenimiento de la pérdida de peso  Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de cuidado primario, donde puede coordinarse con su plan de prevención exhaustivo. Hable con su médico o profesional de cuidado primario para obtener mayor información.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para el examen y terapia preventivos de obesidad. |
| Pruebas diagnósticas y servicios terapéuticos e insumos de paciente ambulatorio  Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:   * Rayos X * Terapia de radiación (de radio e isótopos) incluyendo materiales e insumos de técnico *[List separately any services for which a separate copay/coinsurance applies over and above the outpatient radiation therapy copay/coinsurance.]* * Insumos quirúrgicos, tales como las vendas * Entablillados, enyesados y otros métodos y aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones * Pruebas de laboratorio * Sangre. La cobertura empieza con la cuarta pinta de sangre que necesite - usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año de calendario o recibir sangre donada por usted u otra persona. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* La cobertura del almacenaje y administración empieza con la primera pinta de sangre que necesite. * Otras pruebas diagnósticas de paciente externo *[Plans can include other covered tests as appropriate.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de hospital de paciente ambulatorio  Cubrimos servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.  Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:   * Servicios recibidos en un departamento de urgencias o clínica de paciente ambulatorio, tales como servicios de observación o cirugía de paciente ambulatorio * Pruebas de laboratorio y diagnósticas cobradas por el hospital * Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de paciente interno sin el mismo * Rayos X y otros servicios radiológicos cobrados por el hospital * Insumos médicos tales como los entablillados y los enyesados * Ciertos exámenes y servicios preventivos * Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo   **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente interno al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de servicios ambulatorios de hospital. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, podría considerársele “paciente ambulatorio.” Si no está seguro de si es paciente interno o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.  También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada “¿Es Usted Paciente Interno o Ambulatorio de Hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Esta hoja de datos puede encontrarse en el 2 en http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048. Puede llamar estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidado de salud mental de paciente ambulatorio  Los servicios cubiertos incluyen:  Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especializada, una enfermera especializada, un ayudante de médico, u otro profesional de cuidado de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio  Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla.  Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos de paciente ambulatorio, tales como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Clínicas de Rehabilitación Exhaustiva de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities - CORFs). | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de abuso de intoxicantes de paciente ambulatorio  *[Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cirugía de paciente ambulatorio, incluyendo servicios provistos en clínicas de paciente ambulatorio de hospital y centros quirúrgicos ambulatorios  **Nota:** Si se le va a hacer una operación quirúrgica en una clínica de hospital, debe preguntarle a su proveedor si va a ser paciente interno o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente interno al hospital, es paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos de cirugía de paciente ambulatorio. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente ambulatorio.” | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de hospitalización parcial  “Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto en entorno de paciente ambulatorio de hospital o por un centro de salud mental comunitario que es más intenso que el cuidado recibido en la oficina de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización de paciente interno.  *[Plans that do not have an in-network community mental health center may add:* Nota: Como no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos hospitalización parcial solamente en un entorno de paciente ambulatorio de hospital.*]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de Médico/Profesional Médico, incluyendo visitas de oficina del médico  Los servicios cubiertos incluyen:   * Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios en la oficina de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento de paciente ambulatorio de hospital, u otra ubicación. * Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. * Exámenes básicos de oído y equilibrio llevados a cabo 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 el tratamiento por parte de un médico o profesional médico para pacientes en ciertas áreas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare] * Segunda opinión *[Insert ifappropriate:* por otro proveedor de red*]* antes de una operación quirúrgica * Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplástico, o servicios que estarían cubiertos cuando los proporcionara un médico)   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios podiátricos  Los servicios cubiertos incluyen:   * Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolón calcáneo). * Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Exámenes preventivos de cáncer de próstata  Para los hombres de 50 años de edad o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes - una vez cada 12 meses:   * Examen rectal dactilar * Prueba de Antígeno Prostático Específico (APE)   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para una prueba anual de APE. |
| Aparatos prostéticos e insumos relacionados  Los aparatos (que no sean dentales) que reemplacen todo o parte de una parte o función del cuerpo. Incluyen, sin limitación: bolsas de colostomía e insumos directamente relacionados con el cuidado de colostomía, los marcapasos, los collarines, los zapatos prostéticos, las extremidades artificiales, y las prótesis de senos (incluyendo un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Incluye ciertos insumos relacionados con los aparatos prostéticos, y la reparación y/o el reemplazo de aparatos prostéticos. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas - consulte “Cuidado de Visión” más adelante en esta sección para mayores detalles. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| **Servicios de rehabilitación pulmonar**  Los programas exhaustivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy severa y *[insert as appropriate:* un referido *OR* una orden] para recibir rehabilitación pulmonar de un médico que esté tratando la enfermedad respiratorio crónica.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Examen y asesoramiento para reducir el uso inapropiado del alcohol  Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que usan el alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol.  Si los resultados de su examen de uso inapropiado de alcohol son positivos, puede recibir hasta un máximo de 4 sesiones breves de asesoramiento en persona al año (si está competente y alerta durante el asesoramiento) provistas por un médico de cuidado primario o profesional médico en un entorno de cuidado primario.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo de examen y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el uso inapropiado del alcohol. |
| Apple icon.Examen diagnóstico para infecciones de transmisión sexual (ITSs) y asesoramiento para prevenir ITSs  Cubrimos exámenes diagnósticos de infecciones de transmisión sexual (ITS) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la Hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de cuidado primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.  También cubrimos hasta un máximo de 2 sesiones de consejería conductual de alta intensidad en persona de 20 a 30 minutos cada año para los adultos activos que tienen mayor riesgo de ITS. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si están provistas por un proveedor de cuidado primario y tienen lugar en un entorno de cuidado primario, como la oficina de un médico.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo cubierto por Medicare de los exámenes de ITS y el asesoramiento para prevenir ITSs. |
| Servicios para tratar enfermedad y condiciones renales  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios de educación de enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica de etapa IV, cuando los refiere su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedad renal en la vida. * Tratamientos de diálisis de paciente ambulatorio (incluyendo tratamientos de diálisis cuando se está fuera del área de servicio temporalmente, como se explica en el Capítulo 3) * Tratamientos de diálisis de paciente interno (si se le admite como paciente interno en un hospital para cuidados especiales) * Instrucción de autodiálisis (incluye instrucción para usted y cualquiera que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) * Equipo e insumos de diálisis en el hogar * Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando es necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para que monitoricen su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias, y para inspeccionar su equipo de diálisis y suministro de agua)   Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertos bajo su beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información acerca de la cobertura de Medicamentos de Parte B, vaya a la sección que hay a continuación, “Medicamentos de receta de Medicare Parte B.” | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidado de clínica de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility - SNF)  (Para ver la definición de “cuidado de clínica de enfermería especializada,” consulte el Capítulo 12 de este manual. Las clínicas de enfermería especializada se llaman a veces “SNFs.”)  *[List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]* Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:   * Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería especializada * Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla * Medicamentos que se le administren como parte de su plan de cuidado. (Esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación de sangre.) * Sangre - incluyendo el almacenaje y la administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos concentrados empieza con la cuarta pinta de sangre que necesite - usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año de calendario o recibir sangre donada por usted u otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos con la primera pinta que se utiliza. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Insumos médicos y quirúrgicos generalmente provistos por SNFs * Pruebas de laboratorio generalmente provistas por SNFs * Rayos X y otros servicios radiológicos generalmente provistos por SNFs * Uso de aparatos como sillas de ruedas generalmente provistos por SNFs * Servicios de Médico/Profesional Médico   Generalmente, recibirá su cuidado de SNF de clínicas de red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones enumeradas a continuación, es posible que pueda pagar costo compartido de red por una clínica que no es proveedora de red, si la clínica acepta nuestras cantidades del plan como pago.   * Un hogar de enfermería o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que provea cuidado de clínica de enfermería especializada). * Una SNF donde su cónyuge viva en el momento que salga usted del hospital. | *[List copays / coinsurance / deductible. If cost-sharing is based on benefit period, include definition / explanation of BID approved benefit period here.]* |
| Apple icon.Cese de fumar y del uso de tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y de utilizar tabaco)  Si usa tabaco pero no tiene señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos intentos de cesar con asesoramiento en un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.  Si usa tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicinas que pueden verse afectadas por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento de cesar. Cubrimos dos intentos de cesar con asesoramiento en un periodo de 12 meses. Sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago, ni deducible para los beneficios preventivos de cese de fumar y uso de tabaco cubiertos por Medicare. |
| Cuidado de necesidad urgente  El cuidado de necesidad urgente es el cuidado provisto para tratar situaciones que no son de emergencia, enfermedades médicas imprevistas, lesiones, o condiciones que requieren atención médica inmediata. El cuidado de necesidad urgente pueden proporcionarlo proveedores de dentro de la red o proveedores de fuera de la red cuando los proveedores de red no están disponibles o están inaccesibles temporalmente.  *[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 visión  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios de médico de paciente ambulatorio para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular senil. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. * Para las personas que tienen alto riesgo de glaucoma, tales como las personas con historial familiar de glaucoma, las personas con diabetes, y los afroamericanos de 50 años de edad o más: examen preventivo 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 operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación.) Lentes/marcos correctivos (y reemplazos) necesarios después de la extracción de una catarata 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 única de “Bienvenido a Medicare.” La visita incluye un examen de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes preventivos y vacunas), y referidos para otros tipos de cuidad si se necesitan.  **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, dígale a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare.” | No hay coseguro, copago, ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare.” |

#### Sección 2.2 Beneficios “suplementarios opcionales” extra 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 beneficios extra que no cubre Medicare Original y que no se incluyen en su paquete de beneficios de miembro del plan. Estos beneficios extra se llaman “**Beneficios Suplementarios Opcionales**.” Si quiere estos beneficios suplementarios opcionales, debe apuntarse para ellos [*insert if applicable:* y es posible que tenga que pagar una prima adicional por ellos]. Los beneficios suplementarios opcionales descritos en *[insert as applicable:* esta sección *OR* el documento adjunto] están sujetos al mismo proceso de apelación 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 cuidado utilizando el beneficio opcional de visitante/viajero de nuestro plan

*[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 traveler benefits and rules related to receiving the out-of-area coverage. 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 está ausente continuamente del área de servicio de nuestro plan durante más de seis meses, generalmente tenemos que cancelar su suscripción en nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos como beneficio suplementario un programa de visitante/viajero *[specify areas where the visitor/traveler program is being offered]*, que le permitirá quedarse inscrito en nuestro plan cuando esté fuera de nuestra área de servicio durante menos de 12 meses. Este programa está disponible para todos los miembros de *[insert 2015 plan name]* que estén en el área de visitante/viajero temporalmente. Bajo nuestro programa de visitante/viajero, puede recibir todos los servicios cubiertos por el plan a costos compartidos de dentro de la red. Póngase en contacto con el plan para obtener ayuda para localizar un proveedor cuando utilice el beneficio de visitante/viajero.

Si está en el área de visitante/viajero, puede permanecer inscrito en nuestro plan hasta un máximo de 12 meses. Si no ha vuelto al área de servicio del plan dentro de los 12 meses, se le cancelará la inscripción en el plan.]

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

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

Esta sección le dice qué tipos de beneficios están “excluidos.” Excluido quiere decir que el plan no cubre estos beneficios.

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

Si recibe beneficios que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. Nosotros no pagaremos los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (o en otras partes de este manual), ni tampoco los pagará Medicare Original. La única excepción: Si se determina al apelarse que un beneficio de la lista de exclusión es un beneficio médico por el que deberíamos haber pagado o que deberíamos haber cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, vaya al Capítulo 9, Sección 5.3 de este manual.)

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios o en cualquier otra parte de esta *Evidencia de Cobertura*, [*mention any other places where exclusions are given, such as addenda,]* **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos ni bajo Medicare Original ni bajo 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.]*

* Los servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original, a menos que estos servicios estén enumerados por nuestro plan como servicios cubiertos.
* Procedimientos, equipo y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare Original o bajo un estudio de investigación clínica o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para mayor información acerca de los estudios de investigación clínica.) Los procedimientos y artículos experimentales son los artículos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que la comunidad médica no acepta de manera general.
* Tratamiento quirúrgico por obesidad mórbida, excepto cuando se considera médicamente necesario y está cubierto bajo Medicare Original.
* Habitación privada en un hospital, excepto cuando se considera médicamente necesaria.
* Enfermeras privadas.
* Artículos personales en su habitación de un hospital o clínica de enfermería especializada, tales como un teléfono o televisor.
* Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.
* Cuidado de custodia es el cuidado provisto en un hogar de enfermería, hospicio, u otro tipo de entorno de clínica cuando no requiere cuidado médico especializado o cuidado de enfermería especializada. Cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como el bañarse o el vestirse.
* Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica de la casa, incluyendo limpieza ligera o preparación de comidas ligeras.
* Las tarifas cobradas por sus parientes inmediatos o los miembros de su familia.
* Las comidas que se le llevan a su hogar.
* Procedimientos o servicios electivos o de realce voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento de cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, propósitos cosméticos, anti-envejecimiento, y rendimiento mental), excepto cuando son médicamente necesarios.
* Cirugía o procedimientos cosméticos, a menos que sean debidos a una lesión accidental o que sean para mejorar una parte deformada del cuerpo. 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, como limpiados, empastes o dentaduras. Sin embargo, el cuidado dental no rutinario requerido para tratar enfermedad o lesión puede cubrirse como cuidado de paciente interno o ambulatorio.
* Cuidado quiropráctico, excepto la manipulación manual de la espina de manera consistente con los lineamientos de cobertura de Medicare.
* Cuidado de rutina para los pies, excepto la limitada cobertura provista según los lineamientos de Medicare.
* Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico o los zapatos sean para una persona con enfermedad diabética del pie.
* Aparatos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad diabética del pie.
* Exámenes de rutina de oído, audífonos, o exámenes para ajustar audífonos.
* Anteojos, exámenes oculares de rutina, keratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de visión, y otras ayudas de poca visión. Sin embargo, los anteojos están cubiertos para las personas que acaban de tener cirugía de cataratas.
* Reversión de procedimientos de esterilización, operaciones de cambio de sexo, e insumos anticonceptivos que no sean de receta.
* Acupuntura.
* Servicios neuropáticos (utilizan tratamientos naturales o alternos).
* Servicios provistos a veteranos de las fuerzas armadas en clínicas de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs - VA). Sin embargo, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido de VA es más que el costo compartido bajo nuestro plan, les reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros aún son responsables de nuestras cantidades de costo compartido.

El plan no cubre los servicios excluidos enumerados anteriormente. Aún si recibe los servicios en una clínica de emergencia, los servicios excluidos no se cubren.

## Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos de receta de Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 100

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de Parte D 100

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

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de red [*insert if applicable:* o a través del servicio de encargo por correo del plan] 101

Sección 2.1 Para que se le cubra la receta, utilice una farmacia de red 101

Sección 2.2 Para encontrar farmacias de red 101

Sección 2.3 Uso de los servicios de encargo por correo del plan 102

Sección 2.4 ¿Cómo puedo obtener un suministro de largo plazo de medicamentos*?* 104

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

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

Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” dice qué medicamentos de Parte D están cubiertos 106

Sección 3.2 Hay [*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 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos 108

Sección 4.1 ¿Por qué tienen restricciones algunos medicamentos? 108

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 109

Sección 4.3 ¿Aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos? 110

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desearía que estuviera cubierto? 110

Sección 5.1 Hay cosas que puede usted hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que desearía que estuviera cubierto 110

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

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

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos? 115

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

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando? 115

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 117

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 117

SECCIÓN 8 Enseñe su tarjeta de miembro del plan cuando surta una receta 119

Sección 8.1 Enseñe su tarjeta de miembro 119

Sección 8.2 ¿Y si no ha traído su tarjeta de miembro? 119

SECCIÓN 9 Cobertura de Parte D en situaciones especiales 119

Sección 9.1 ¿Y si está en un hospital o clínica de enfermería especializada que está cubierta por el plan? 119

Sección 9.2 ¿Qué pasa si es usted residente de una clínica de cuidado a largo plazo (Long-Term Care - LTC)? 120

Sección 9.3 ¿Y si está también recibiendo cobertura de medicamentos de un plan grupal de empleador o jubilado? 120

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos 121

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos con seguridad 121

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management - MTM) [*insert if plan has other medication management programs* “y otros programas”] para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 122

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



[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Incluyen “Ayuda Extra” y los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. *OR* El programa de “Ayuda Extra” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos.] Para mayor información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

**¿Está recibiendo ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?**

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura acerca de los costos de medicamentos de receta de Parte D** **[***insert as applicable:* **puede no aplicarle** *OR* **no le aplica] a usted.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* [*insert as appropriate:* Hemos incluido *OR* Le enviamos] un documento aparte, llamado la “Evidencia de Cláusula Adicional para las Personas Que Reciben Ayuda Extra para Pagar Medicamentos de Receta” (que también se llama la “Cláusula Adicional de Subvención de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy)” o la “Cláusula Adicional LIS”), que le habla de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios de Miembros y pida la “Cláusula Adicional LIS.” (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)

### SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo **explica las reglas para utilizar su cobertura para medicamentos de Parte D**. El capítulo siguiente le dice lo que paga por medicamentos de Parte D (Capítulo 5, *Lo que paga por sus medicamentos de receta de Parte D*)*.*

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

* El plan cubre medicamentos que se le dan durante estancias cubiertas en el hospital o en una clínica de enfermería especializada. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que paga usted*) le habla de los beneficios y costos de los medicamentos durante una estancia cubierta en el hospital o en una clínica de enfermería especializada.
* Medicare Parte B también provee beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de Parte B incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que se le dan durante una visita de oficina, y medicamentos que se le dan en una clínica de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que paga usted)* le habla de sus beneficios y costos para los medicamentos de Parte B.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos están cubiertos por los beneficios médicos del plan. El resto de sus medicamentos de receta se cubre bajo los beneficios de Parte D del plan.

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

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas básicas:

* Tiene que hacer que un proveedor (un médico u otro recetador) le escriba la receta.
* Generalmente, debe utilizar una farmacia de red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de red* [*insert if applicable:or through the plan’s mail-order service].*)
* Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum)* del plan (la llamamos la “Lista de Medicamentos,” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos tienen que estar en la “Lista de Medicamentos” del plan*.)
* Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada médicamente. Una “indicación aceptada médicamente” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para mayor información acerca de la indicación aceptada médicamente.)

### SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de red [*insert if applicable:* o a través del servicio de encargo por correo del plan]

#### Sección 2.1 Para que se le cubra la receta, utilice una farmacia de red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solamente si se surten en las farmacias de red del plan. (Vea la Sección 2.5 para mayor información acerca de cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias de fuera de la red.)

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

[*Insert 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. Puede ir a cualquiera de esos tipos de farmacias de red para recibir sus medicamentos de receta cubiertos. Su costo compartido puede ser menor en farmacias con costo compartido preferido.]

#### Sección 2.2 Para encontrar farmacias de red

¿Cómo puede encontrar farmacias de red en su área?

Para encontrar una farmacia de red, puede buscar en su *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web ([*insert URL*]), o llamar a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). Elija lo que le sea más fácil.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de red. *[Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its network:* Sin embargo, sus costos pueden ser aún más bajos para sus medicamentos cubiertos si utiliza una farmacia de red que ofrezca costo compartido preferido en vez de una farmacia de red que ofrezca costo compartido estándar. El *Directorio de Farmacias* le dirá qué farmacias de red ofrecen costo compartido preferido.]*[Plans in which members do not need to take any action to switch their prescriptions may delete the following sentence]* Si se cambia de una farmacia de red a otra, y necesita que se le repita el surtido de un medicamento que ha estado tomando, puede pedir [*insert if applicable:* que un proveedor le escriba otra receta o] que se le transfiera la receta a su nueva farmacia de red.

¿Qué pasa si la farmacia que ha estado utilizando se va de la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando se va de la red del plan, tendrá que encontrar otra farmacia que esté en la red. [*Insert if applicable:* O si la farmacia que ha estado utilizando se queda en la red pero ha dejado de ofrecer costo compartido preferido, puede que quiera cambiarse de farmacia.] Para encontrar otra farmacia de red en su área, puede obtener ayuda de Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) o utilizar el *Directorio de Farmacias*.[*Insert if applicable:* También puede encontrar información en nuestro sitio web en *[insert website address].]*

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en farmacias especializadas. Las farmacias especializadas incluyen:

* Las 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.]*
* Las farmacias que suministran medicamentos para residentes de clínicas de cuidado a largo plazo (Long-Term Care - LTC). Generalmente, una clínica de cuidado a largo plazo (como un hogar de enfermería) tiene su propia farmacia. Los residentes pueden obtener medicamentos de receta a través de la farmacia de la clínica siempre que sea parte de nuestra red. Si su farmacia de cuidado a largo plazo no está en nuestra red, póngase en contacto con Servicios de Miembros. *[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]*
* Las farmacias que sirven el Programa del Servicio de Salud Indio / Tribal / Salud India Urbana (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos, o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red. *[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]*
* Las farmacias que proveen medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren manejo especial, coordinación de proveedores, o educación para su uso. (Nota: Esta situación probablemente ocurrirá raramente.)

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias* o llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

#### Sección 2.3 Uso de los servicios de encargo 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 ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de encargo por correo de red del plan. Generalmente, los medicamentos provistos a través de los encargos por correo son medicamentos que toma regularmente para condiciones médicas crónicas o de largo plazo. [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos disponibles a través del servicio de encargo por correo del plan están marcados como **medicamentos de “encargo 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 de encargo por correo están marcados con un asterisco en nuestra Lista de Medicamentos.]]

El servicio de encargo por correo de nuestro plan [*insert either:* permite *OR* requiere]que encargue [*insert either:* ***por lo menos* un suministro de [XX] días del medicamento y *no más de* un suministro de [XX] días** *OR* **un suministro máximo de [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 de encargo e] información acerca de surtir sus recetas por correo [*insert instructions*].

Generalmente, un encargo de farmacia de encargo por correo le llegará en no más de [XX] días. [*Insert plan’s process for members to get a prescription if the mailorder 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 de entrega automática opcional [*sponsors may provide the name of the service by inserting*  “que se llama [*insert name of automatic delivery program]*,” *and substituting it as appropriate in the remainder of this section for references to* “encargo por correo” *or, as applicable, to* “minorista” *pharmacy*] bajo el cual surtiremos automáticamente todas las recetas nuevas que nos envíe su proveedor de atención médica, así como las repeticiones de recetas que hayamos surtido ya pero que se están acabando.]

[***Option 2Ai:*** *Plans that have an auto-delivery program but have not received an exception from CMS].* Si se apunta en nuestro programa opcional de entrega automática, la farmacia de encargo 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 los medicamentos”] para asegurarse de que aún quiere los medicamentos programados para entrega automática. Esto quiere decir que la farmacia de encargo por correo [*insert if applicable* “o minorista”] se pondrá en contacto con usted antes de enviar [*insert if applicable* “o entregar”] las repeticiones de receta programadas para entrega automática y también antes de enviar [*insert if applicable* “o entregar”] las recetas nuevas que haya recibido de su proveedor de atención médica. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluyendo la potencia, la cantidad, y la forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar or retrasar el encargo antes de que se le cobre y se envíe [*insertif applicable* “o se entregue”]. Es importante que responda cada vez que le contacte su farmacia de encargo por correo [*insertif applicable* “o minorista”] para obtener su permiso para evitar retrasos de envío [*insert if applicable* “o entrega”].

Para que la farmacia de encargo or correo [*insertif applicable* “o minorista”] pueda ponerse en contacto con usted antes de enviarlos [*insertif applicable* “o entregarlos”] , dígales las mejores maneras de ponerse en contacto con usted. *[Sponsors: indicate how members should inform the plan of their communication preference.]* Recuerde, sus medicamentos no se enviarán automáticamente [*insertif applicable* “ni se entregarán”] a menos que confirme que aún quiere recibir el encargo.]

[***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 se apunta en nuestro programa de entrega automática, esto permite que su farmacia de encargo por correo [*insert if applicable:* “o minorista”] surta y entregue todas las recetas nuevas que reciba de su proveedor de atención médica sin consultarle a usted antes. Sin embargo, si se inscribe en el programa de entrega automática, la farmacia aún necesitará ponerse en contacto con usted antes de enviar las repeticiones de surtido programadas para la entrega automática para asegurarse de que todavía necesita ese medicamento.

Puede solicitar entrega automática por *[insert options with specific information on how to apply (call, e-mail, etc.)]*. La solicitud de entregas automáticas de recetas nuevas dura solo hasta el final del año del plan (*[insert last date of plan year]*), 2015, y debe enviar una nueva solicitud cada año y/o cada vez que quiera cambiar de plan. Puede dejar de recibir entregas automáticas en cualquier momento *[insert description of contact method(s)]*.Si recibe medicamentos innecesarios o no deseados a través del programa de entrega automática, puede que sea elegible para recibir el reembolso de la cantidad que haya pagado.]

#### Sección 2.4 ¿Cómo puedo obtener un suministro de largo plazo de medicamentos*?*

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

[*Insert if applicable:* Cuando obtiene un suministro de largo plazo de medicamentos, es posible que su costo compartido sea más bajo.] El plan ofrece [*insert as appropriate:* una manera *OR* dos maneras] de obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de “mantenimiento” de nuestra Lista de Medicamentos. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente para condiciones médicas crónicas o de largo plazo.)

1. *[Delete if plan does not offer extended-day supplies through retail pharmacies.]* **Algunas de las farmacias minoristas** de nuestra red le permiten que obtenga un suministro de 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:* pueden] acceder a aceptar una cantidad de costo compartido [*insert as appropriate:* más baja *OR* de encargo por correo] para un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento.] [*Insert if applicable:* Otras farmacias minoristas pueden no acceder a aceptar las cantidades de costo compartido [*insert as appropriate:* más bajas *OR* de encargo por correo] para un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted es responsable de pagar la diferencia de precio.] Su *Directorio de Farmacias* le dice qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios de Miembros para mayor información (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.] [Insert as applicable:* Para ciertos tipos de medicamentos, puede *OR* Puede] utilizar los **servicios de encargo por correo** de red del plan**.**[*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary, adapting as needed:* Los medicamentos disponibles a través del servicio de encargo por correo están marcados como “**medicamentos de encargo 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 encargo por correo están marcados con un asterisco en nuestra Lista de Medicamentos.]] El servicio de encargo por correo de nuestro plan [*insert either:* permite *OR* requiere] que encargue [*insert either: al menos* un suministro de [XX] días del medicamento y *no más de* un suministro de [XX] días *OR* un máximo de [XX] días de suministro *OR* un suministro de [XX] días].Consulte la Sección 2.3 para mayor información acerca del uso de nuestros servicios de encargo por correo.

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

Su receta puede cubrirse en ciertas situaciones

[*Insert if applicable:* Tenemos farmacias de red fuera de nuestra área de servicio donde puede hacer que se le surtan las recetas como miembro de nuestro plan.] Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en farmacias de fuera de la red *solamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de red. He aquí las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia de 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 mailorder during extended out of area travel, authorization or plan notification).*]

En estas situaciones, **hable primero con Servicios de Miembros** para ver si hay una farmacia de red cercana. (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)

¿Cómo se le pide reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia de fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo completo (en vez de su parte normal del costo) cuando surta su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo pedirle al plan que le devuelva el dinero.)

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

#### Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” dice qué medicamentos de Parte D están cubiertos

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

Los medicamentos de esta lista están seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe satisfacer los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son solo los cubiertos bajo Medicare Parte D (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 habla de los medicamentos de Parte D).

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre que siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación aceptada médicamente. Una “indicación aceptada médicamente” es el uso de un medicamento que:

* está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la condición para la cual se está recetando.)
* *-- o --* está apoyado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son la Información de Medicamentos del Servicio Americano de Vademécums de Hospital, el Sistema de Información DRUGDEX, y el USPDI o su sucesor.)

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento de receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona exactamente igual que el medicamento de marca, y, generalmente, cuesta menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

*[Insert if applicable:* Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos que pueden obtenerse sin receta. Algunos medicamentos que pueden obtenerse sin receta son más económicos que los medicamentos de receta y dan los mismos resultados. Para mayor información, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).]

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

El plan no cubre todos los medicamentos de receta.

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

#### Sección 3.2 Hay [*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 está en uno de los [*insert number of tiers*] niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto el nivel de costo compartido, más tiene que pagar usted 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 averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se indica en el Capítulo 6 (*Lo que paga usted por sus medicamentos de receta de Parte D*)*.*

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

Tiene *[insert number]* maneras de averiguarlo:

1. Examine la Lista de Medicamentos más reciente que le hemos enviado por correo. *[Insert if applicable:* (Tenga presente: La Lista de Medicamentos que le enviamos incluye información para los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan más corrientemente. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no se incluyen en la Lista de Medicamentos impresa. Si uno de sus medicamentos no aparece en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con Servicios de Miembros para averiguar si lo cubrimos.])
2. Visite el sitio web del plan ([*insert URL*]). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la que está más al día.
3. Llame a Servicios de Miembros para averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos del plan o pida una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)
4. *[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the Drug List.]*

### SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos

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

Para ciertos medicamentos de receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros miembros a utilizar medicamentos de las maneras más efectivas. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo cual hace que su cobertura de medicamentos se mantenga más asequible.

En general, nuestras reglas le animan a obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro y efectivo. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione igual de bien médicamente que un medicamento de costo más alto, las reglas del plan están diseñadas para animarle a usted y a su proveedor a que utilicen la opción de costo más bajo. También necesitamos cumplir con las reglas y normativas de Medicare para la cobertura de medicamentos y los costos compartidos.

**Si hay una restricción para su medicamento, generalmente quiere decir que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas extra para que cubramos el medicamento.** Si quiere que le demos una exención de la restricción, tendrá que utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Puede que accedamos a darle la exención de la restricción o puede que no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para ver información acerca de pedir excepciones.)

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. La razón es que puede que apliquen restricciones o costos compartidos distintos según factores tales como la potencia, la cantidad, o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en vez de 100 mg; una al día en vez de dos al día; tableta en vez de líquido).

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

Nuestro plan utiliza distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar medicamentos de las maneras más efectivas. Las secciones que hay a continuación le hablarán más de 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 hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento “genérico” va igual de bien que un medicamento de marca y 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 red le proveerán la versión genérica.** Generalmente, no cubrimos el medicamento de marca cuando hay disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor [*insert as applicable:* nos ha dado la razón médica por la que no va a ir bien el medicamento genérico *OR* ha puesto “No pueden hacerse sustituciones” en su receta de medicamento de marca *OR* nos ha dado la razón médica de que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le irán bien a usted], entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo será mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico.)

Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que accedamos a cubrirle el medicamento. Esto se llama “**autorización previa**.” A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar primero un medicamento distinto

Este requisito le anima 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 pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no le va bien, el plan cubrirá entonces el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento distinto primero se llama “**terapia escalonada.”**

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede tener. Por ejemplo, el plan puede limitar cuántas repeticiones de surtido de receta puede obtener, o la cantidad de medicamento que recibe cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solamente una pastilla al día para un cierto medicamento, es posible que limitemos la cobertura de su receta a no más de una pastilla al día.

#### Sección 4.3 ¿Aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o quiere tomar usted, consulte la Lista de Medicamentos. Para ver la información más al día, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) o visite nuestro sitio web ([*insert URL*]).

**Si hay una restricción para su medicamento, generalmente quiere decir que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas extra para que cubramos el medicamento.** Si hay una restricción en el medicamento que quiere tomar, debe ponerse en contacto con Servicios de Miembros para averiguar lo que usted o su proveedor necesitaría hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si quiere que le demos una exención de la restricción, necesitará utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Puede que accedamos a darle una exención de la restricción o puede que no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para mayor información acerca de pedir excepciones.)

### SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desearía que estuviera cubierto?

#### Sección 5.1 Hay cosas que puede usted hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que desearía que estuviera cubierto

Suponga que hay un medicamento de receta que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor creen que debería estar tomando. Esperamos que su cobertura de medicamentos le vaya bien, pero es posible que pueda tener algún problema. Por ejemplo:

* **¿Qué ocurre si el medicamento que quiere tomar no está cubierto por el plan?** Por ejemplo, puede que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que quiere tomar no esté cubierta.
* **¿Qué pasa si el medicamento está cubierto, pero hay reglas extra o restricciones de cobertura para ese medicamento?** Como se ha explicado en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas extra para restringir su uso. Por ejemplo, *[delete if plan does not have step therapy:* puede que se le requiera que pruebe primero un medicamento distinto, antes de que se le cubra el medicamento que quiere tomar.] *[Delete if plan does not have quantity limits:* O puede que haya límites de la cantidad de medicamento (número de pastillas, etc.) que está cubierto durante un periodo de tiempo en particular.] En algunos casos, puede que quiera que le demos una exención de la restricción. Por ejemplo, *[delete if plan does not have step therapy:* puede que quiera que cubramos un cierto medicamento sin tener que probar otros medicamentos antes.] *[Delete if plan does not have quantity limits:* O puede que quiera que cubramos más cantidad de medicamento (número de pastillas, etc.) de lo que cubrimos normalmente.]
* **[*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 sea más caro de lo que usted cree que debería ser?** El plan pone cada medicamento cubierto en uno de *[insert number of tiers]* niveles distintos de costo compartido. Cuánto paga usted por su receta depende del nivel de costo compartido en el que está su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que desearía que estuviera cubierto. [*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 medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para averiguar lo que 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 hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para averiguar lo que puede hacer.

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

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

* Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros que están en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o poner una solicitud para que se cubra el medicamento.
* Puede cambiar de medicamento.
* Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que quite las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede ofrecer un suministro temporal de medicamentos cuando su medicamento no esté en la Lista de Medicamentos o cuando esté restringido de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio de cobertura y decidir lo que hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe reunir los dos requisitos que se indican a continuación:

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

* El medicamento que ha estado tomando **ha dejado de estar en la Lista de Medicamentos del plan**.
* -- o -- el medicamento que ha estado tomando **está restringido ahora de alguna manera** (la Sección 4 de este capítulo le habla de las restricciones).

**2. Debe usted estar en una de las situaciones descritas 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 estaban en el plan el año pasado y no están en una clínica de cuidado a largo plazo (Long Term Facility - LTC):**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros** **[*insert time period (must be at least 90 days)*] del año de calendario**. Este suministro temporal será para un máximo de [*insert supply limit (must be at least a 30-day supply)*]. Si su receta se prescribe para menos días, permitiremos múltiples repeticiones de surtido para proveer hasta un máximo de [*insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]* de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de red.

* **Para los miembros que son nuevos en el plan y no están en una clínica de cuidado a largo plazo (Long Term Facility - 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 para un máximo de [***insert supply limit (must be at least a 30-day supply)***]. Si su receta se prescribe para menos días, permitiremos múltiples repeticiones de surtido para proveer hasta un máximo de ***[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]*** de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de red.

* **Para los miembros que estaban en el plan el año pasado y residen en una clínica de cuidado a largo plazo (Long Term Facility - 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. El suministro total será para 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 se prescribe para menos días, permitiremos múltiples repeticiones de surtido para proveer hasta un máximo de*(must be at least a 91-day supply)* de medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede proveer el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar que se desperdicie.)

* **Para los miembros que son nuevos en el plan y residen en una clínica de cuidado a largo plazo (Long Term Facility - 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. El suministro total será para 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 se prescribe para menos días, permitiremos múltiples repeticiones de surtido para proveer hasta un máximo de *(must be at least a 91-day supply)* de medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede proveer el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar que se desperdicie.)

* **Para los miembros que han estado en el plan más de [*insert time period (must be at least 90 days)]* y residen en una clínica de cuidado a largo plazo (Long Term Facility - LTC) y necesitan un suministro inmediatamente:**

Cubriremos un suministro de [*insert supply limit (must be at least a 31-day supply)*] , o menos si su receta se ha prescrito para menos días. Esto es además del suministro de transición de largo plazo indicado anteriormente.

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

Para pedir un suministro temporal, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

Durante el tiempo que está recibiendo un suministro temporal del medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir lo que hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento distinto cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual. Las secciones que aparecen a continuación le hablan más de estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

El primer paso es hablar con su proveedor. Quizá haya un medicamento distinto cubierto por el plan que le vaya igual de bien a usted. Puede llamar a Servicios de Miembros para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que le vaya bien a usted. (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir que el plan haga una excepción para usted y que cubra el medicamento de la manera que usted desearía que se cubriera. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican el pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedir que el plan cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

*[Plans that allow current members to receive a temporary supply instead, may omit the following paragraph]* Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando se va a retirar del vademécum o se restringirá de alguna manera para el año que viene, le permitiremos que solicite una excepción de vademécum por adelantado para el año que viene. Le comunicaremos cualquier cambio que haya en la cobertura de su medicamento para el año que viene. Puede pedir una excepción antes del año que viene y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a recibir su solicitud (o la declaración de apoyo de su recetador). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que entre en vigor el cambio.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 habla de lo que tienen que hacer. Explica los procedimientos y fechas tope que Medicare ha estipulado para asegurarse de que su solicitud se administre oportuna y justamente.

#### Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree es 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, he aquí cosas que puede hacer:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree es demasiado alto, el primer paso es hablar con su proveedor. Quizá haya un medicamento distinto en un nivel de costo compartido más bajo que le vaya igual de bien a usted. Puede llamar a Servicios de Miembros para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que le vaya bien a usted. (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)

Puede pedir una excepción

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

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

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 habla de lo que tienen que hacer. Explica los procedimientos y fechas tope que Medicare ha estipulado para asegurarse de que su solicitud se administre oportuna y justamente.

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

### SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

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

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se dan al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer muchos tipos de cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

* **Añadir o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos**. Salen nuevos medicamentos, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. Quizá el gobierno ha dado su aprobación para un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, se retira un medicamento y decidimos no cubrirlo. O puede que quitemos un medicamento de la lista porque se ha averiguado que no es efectivo.
* *[Plans that do not use tiers may omit]* **Cambiar un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costo compartido**.
* **Añadir o quitar restricciones de cobertura para un medicamento** (para mayor información acerca de las restricciones de cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
* **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

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

#### Sección 6.2 ¿Qué ocurre si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

¿Cómo averiguará si se ha cambiado la cobertura de su medicamento?

Si hay un cambio de cobertura para un medicamento que está tomando, el plan le enviará un aviso para decírselo. Normalmente, **se lo comunicaremos con un mínimo de 60 días de antelación**.

De vez en cuando se **retira repentinamente** un medicamento porque se ha averiguado que no es seguro o por otras razones. Si ocurre esto, el plan retirará el medicamento de la Lista de Medicamentos inmediatamente. Le comunicaremos este cambio inmediatamente. Su proveedor también se enterará de este cambio, y puede colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.

¿Le afectan inmediatamente los cambios de cobertura?

Si cualquiera de los siguientes tipos de cambios afecta un medicamento que esté tomando, el cambio no lo afectará hasta el 1 de enero del año próximo si se queda en el plan:

* *[Plans that do not use tiers may omit]* Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
* Si ponemos una nueva restricción en el uso del medicamento.
* Si quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos, pero no debido a un retiro repentino o debido a que lo ha reemplazado un nuevo medicamento genérico.

Si cualquiera de estos cambios se da para un medicamento que esté tomando, entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año próximo. Hasta esa fecha, es probable que no vea aumento alguno en sus pagos ni restricciones añadidas en su uso del medicamento. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, le afectarán los cambios.

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

* **Si un medicamento de marca que está tomando se reemplaza con un medicamento genérico**, el plan debe darle aviso con un mínimo de 60 días de antelación o darle una repetición de surtido de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de red.
  + Durante este periodo de 60 días, debe colaborar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento distinto que cubramos.
  + O usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y siga cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información acerca de cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).*
* Como hemos dicho, si se **retira repentinamente** un medicamento porque se ha averiguado que no es seguro o por otras razones, el plan retirará el medicamento inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Le comunicaremos este cambio inmediatamente.
  + Su proveedor también se enterará de este cambio, y puede colaborar con usted para encontrar 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 habla de los tipos de medicamentos de receta que están “excluidos.” Esto quiere decir que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos medicamentos que estén enumerados en esta sección [*insert if applicable:* (excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestra cobertura de medicamentos realzada)]. La única excepción: Si se ha determinado, al apelar, que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido bajo la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección 6.5 de este manual.)

Aquí tiene tres reglas generales acerca de medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren bajo la Parte D:

* La cobertura de medicamentos de Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo Medicare Parte A o Parte B.
* Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Generalmente, nuestro plan no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. El uso no indicado en la etiqueta es cualquier uso que no sea uno de los indicados en una etiqueta de medicamento según la ha aprobado la Administración de Alimentos y Medicamentos.
  + Generalmente, la cobertura para el uso no indicado en la etiqueta se permite solamente cuando el uso está apoyado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son la Información de Medicamentos del Servicio Americano de Vademécums de Hospital, el Sistema de Información DRUGDEX, y el USPDI o su sucesor. Si el uso no viene apoyado por ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su uso no indicado en la etiqueta.

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

* Medicamentos que no son de receta (es decir, para los que no se necesita receta)
* Medicamentos que se utilicen para fomentar la fertilidad
* Medicamentos que se utilicen para aliviar la tos o los síntomas de resfrío
* Medicamentos que se utilicen para propósitos cosméticos o para fomentar el crecimiento del cabello
* Vitaminas y productos minerales de receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
* Medicamentos que se utilicen para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil, tales como Viagra, Cialis, Levitra, y Caverject
* Medicamentos que se utilicen para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso, o para ganar peso
* Medicamentos de paciente externo para los que el fabricante quiere que se requiera que se compren pruebas o servicios de monitorización relacionados con ellos exclusivamente del fabricante como condición de venta

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

[*Insert if plan offers coverage for any drugs excluded under Part D:* Además, **si está recibiendo “Ayuda Extra” de Medicare** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda Extra” no pagará los medicamentos normalmente no cubiertos. (Consulte la Lista de Medicamentos del plan o llame a Servicios de Miembros para mayor información. Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.) Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, puede que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos de receta que, normalmente, no estén cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos le puede estar disponible. (Puede encontrar números de teléfono e información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)]

*[Insert if plan does not offer coverage for any drugs excluded under Part D:* **Si recibe “Ayuda Extra” para pagar sus medicamentos,** puede que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos de receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos le puede estar disponible. (Puede encontrar números de teléfono e información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)]

### SECCIÓN 8 Enseñe su tarjeta de miembro del plan cuando surta una receta

#### Sección 8.1 Enseñe su tarjeta de miembro

Para surtir su receta, enseñe su tarjeta de miembro en la farmacia de red que elija. Cuando enseñe su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de red le enviará la factura automáticamente al plan por *nuestra* parte del costo de su medicamento de receta cubierto. Usted necesitará pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

#### Sección 8.2 ¿Y si no ha traído su tarjeta de miembro?

Si no ha traído su tarjeta de miembro del plan cuando surta su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **puede que tenga que pagar el costo completo de la receta cuando la recoja**. (Entonces puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para ver información acerca de cómo pedirle el reembolso al plan.)

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

#### Sección 9.1 ¿Y si está en un hospital o clínica de enfermería especializada que está cubierta por el plan?

Generalmente, si se le admite a un hospital o clínica de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan, cubriremos el costo de sus medicamentos de receta durante su estancia. Una vez se vaya de hospital o clínica de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que los medicamentos satisfazcan todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que hablan de las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos de receta de Parte D*) da más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que paga usted.

**Tenga en cuenta:** Cuando entra en, vive en, o se va de una clínica de enfermería especializada, tiene derecho a un Periodo Especial de Inscripción. Durante este tiempo, puede cambiarse de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Terminando su membresia en el plan*, le dice cuándo se puede ir de nuestro plan y apuntarse en otro plan de Medicare.)

#### Sección 9.2 ¿Qué pasa si es usted residente de una clínica de cuidado a largo plazo (Long-Term Care - LTC)?

Generalmente, una clínica de cuidado a largo plazo (Long-Term Care - LTC) (como un hogar de enfermería) tiene su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es usted residente de una clínica de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos de receta a través de la farmacia de la clínica siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su clínica de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información, póngase en contacto con Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

¿Qué pasa si es residente de una clínica de cuidado a largo plazo (Long-Term Care - LTC) y se hace miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros [*insert time period (must be at least 90 days)]* de su membresía. El suministro total 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)*], o menos, si su receta se ha prescrito por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo (Long-Term Care - LTC) puede proveer el medicamento en menores cantidades cada vez para evitar que se desperdicie.) Si ha sido usted miembro del plan más de [*insert time period (must be at least 90 days)]*y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de [*insert supply limit (must be at least a 31-day supply)*] o menos, si su receta se ha prescrito por menos días.

Durante el tiempo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Quizá haya un medicamento distinto cubierto por el plan que le vaya igual de bien. O usted y su proveedor pueden pedir que el plan haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la manera que desearía que se cubriera. Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le dice lo que debe hacer*.*

#### Sección 9.3 ¿Y si está también recibiendo cobertura de medicamentos de un plan grupal de empleador o jubilado?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos de receta a través del grupo de su empleador o de jubilado (o el de su cónyuge)? Si es así, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Esa persona le puede ayudar a determinar la manera en que su cobertura de medicamentos de receta actual funcionará con nuestro plan.

En general, si está empleado actualmente, la cobertura de medicamentos de receta que recibe de nosotros será secundaria a la cobertura grupal de su plan de empleador o de jubilado. Eso quiere decir que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial acerca de la ‘cobertura acreditable’:

Cada año, su grupo de empleador o de jubilado debe enviarle un aviso que le diga si su cobertura de medicamentos de receta para el año de calendario siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**,” quiere decir que el plan tiene cobertura de medicamentos del que se requiere que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de receta estándar de Medicare.

**Guarde estos avisos acerca de la cobertura acreditable** porque puede que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya cobertura de medicamentos de Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido cobertura acreditable. Si no ha recibido un aviso acerca de la cobertura acreditable de su plan grupal de empleador o jubilado, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan del empleador o de jubilado o del empleador o unión.

### SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos

#### Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos con seguridad

Llevamos a cabo revisiones de uso de medicamentos para nuestros miembros para ayudar a asegurarnos de que reciban cuidado seguro y apropiado. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta los medicamentos.

Llevamos a cabo una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, tales como:

* Posibles errores de medicamentos
* Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
* Medicamentos que puede que no sean seguros o apropiados debido a su edad o sexo
* Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
* Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico
* Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.

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

#### Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management - MTM) [*insert if plan has other medication management programs* “y otros programas”] para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

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 tienen varias condiciones médicas complejas o puede que necesiten tomar muchos medicamentos al mismo tiempo, o puede que tengan costos muy altos de medicamentos.

Este programa es voluntario y gratuito [*if applicable replace with* “Estos programas son voluntarios y gratuitos”] para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa [*insert ifapplicable* “los programas”] para nosotros. Este programa puede [*insert if applicable*: Los programas pueden] ayudar a garantizar que nuestros miembros utilicen los medicamentos que les van mejor para tratar sus condiciones médicas y nos ayudan a identificar posibles errores de medicamentos.

Nuestro [*if applicable replace: “*Nuestro*” with* “Un”] programa se llama programa de Administración de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management - MTM). Algunos miembros que toman varios medicamentos para distintas condiciones médicas pueden ser elegibles. Un farmacéutico u otro profesional de salud le darán información exhaustiva acerca de todos sus medicamentos. Usted puede hablar de la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos, o cualquier problema que esté experimentando. Se le dará un resumen escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede usted hacer para utilizar sus medicamentos de la mejor manera posible, con espacio para que usted tome notas o apunte las preguntas de seguimiento que pueda tener. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es una buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar” para que pueda hablar con su médico acerca de su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos, y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos si va al hospital o la sala de urgencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenoslo y lo retiraremos del programa. Si tiene preguntas acerca de estos programas, póngase en contacto con Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

## Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos de receta de Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 127

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos 127

Sección 1.2 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos 128

SECCIÓN 2 Lo que paga usted por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté cuando obtenga el medicamento 129

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *[insert 2015 plan name]* ? 129

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa en la que está 132

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado la “Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits - EOB) de Parte D” (la “EOB de Parte D”) 132

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información acerca de sus pagos de medicamentos 132

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, paga el costo completo de su medicamentos *[insert drug tiers if applicable]* 133

Sección 4.1 Se queda en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado $[*insert deductible amount*] por sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]* 133

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte 134

Sección 5.1 Lo que paga usted por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte la receta 134

Sección 5.2 Una tabla que indica sus costos para un suministro de un medicamento para *un mes* 135

Sección 5.3 Si su médico receta menos de un suministro completo para un mes, puede que no tenga usted que pagar el costo del suministro para todo un mes 138

Sección 5.4 Una tabla que indica sus costos para un suministro ([*insert if applicable:* de hasta un máximo de] [*insert number of days*] días) de *largo plazo* de un medicamento 139

Sección 5.5 Se queda en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus [*insert as applicable:* costos totales de medicamentos para el año ascienden a $[*insert initial coverage limit*] *OR* costos de bolsillo para el año ascienden a $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*]] 140

Sección 5.6 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo de medicamentos de receta 141

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Falta de Cobertura, [*insert as appropriate:* recibe un descuento con los medicamentos de marca y no paga más del 65% de los costos de los medicamentos genéricos *OR* el plan provee un poco de cobertura de medicamentos] 144

Sección 6.1 Se queda en la Etapa de Falta de Cobertura hasta que sus costos de bolsillo llegan a $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*] 144

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo para medicamentos de receta 145

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 147

Sección 7.1 Una vez esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, se quedará en esta etapa el resto del año 147

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales 148

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 148

SECCIÓN 9 Lo que paga usted por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 148

Sección 9.1 Nuestro plan tiene cobertura aparte para el medicamento de vacuna de Parte D y para el costo de ponerle la vacuna 148

Sección 9.2 Sería buena idea que nos llamara a Servicios de Miembros antes de vacunarse 150

SECCIÓN 10 ¿Tiene que pagar la “sanción de inscripción tardía” de Parte D? 150

Sección 10.1 ¿Qué es la “sanción de inscripción tardía” de Parte D? 150

Sección 10.2 ¿Cuánto es la sanción de inscripción tardía de Parte D? 151

Sección 10.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la sanción 152

Sección 10.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su sanción de inscripción tardía? 153

SECCIÓN 11 ¿Tiene que pagar una cantidad de Parte D extra debido a sus ingresos? 153

Sección 11.1 ¿Quién paga una cantidad de Parte D extra debido a ingresos? 153

Sección 11.2 ¿Cuánto es la cantidad de Parte D extra? 153

Sección 11.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad de Parte D extra? 154

Sección 11.4 ¿Qué ocurre si no paga la cantidad de Parte D extra? 155

question mark. **¿Sabía que hay programas para ayudar a la gente a pagar sus medicamentos?**



[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas para ayudar a la gente con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Incluyen “Ayuda Extra” y Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. *OR* El programa de “Ayuda Extra” ayuda a la gente con recursos limitados a pagar sus medicamentos.] Para mayor información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

**¿Está recibiendo ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?**

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información que hay en esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos de medicamentos de receta de Parte D** *[insert as applicable:* **puede no aplicarle** *OR* **no le aplica] a usted.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider]* [*insert as appropriate:* Hemos incluido *OR* Le enviamos] un documento aparte, llamado la “Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas Que Reciben Ayuda Extra para Pagar por Medicamentos de Receta” (también llamado la “Cláusula Adicional de Subvención de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy - LIS)” o la “Cláusula Adicional LIS”), que le habla de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios de Miembros y pídanos la “Cláusula Adicional LIS.” (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se concentra en lo que paga por sus medicamentos de receta de Parte D. Para simplificar las cosas, utilizamos la palabra “medicamento” en este capítulo para indicar un medicamento de receta de Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de Parte D - algunos medicamentos están cubiertos bajo Medicare Parte A o Parte B y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por orden de la ley. [*Optional for plans that provide supplemental coverage:* Puede que algunos medicamentos excluidos estén cubiertos por nuestro plan si ha adquirido cobertura suplementaria de medicamentos].

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, necesita saber los puntos básicos acerca de qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas, y qué reglas seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Estos materiales explican estos puntos básicos:

* **La *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum)* del plan.** Para simplificar las cosas, lo llamamos la “Lista de Medicamentos.”
  + Esta Lista de Medicamentos indica los medicamentos que están cubiertos para usted.
  + [*Plans that do not use tiers, omit ]*También le dice en cuál de los [*insert number tiers*] “niveles de costo compartido” está el medicamento y si hay restricciones con respecto a su cobertura del medicamento.
  + Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en [*insert URL*]. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la que está más al día.
* **Capítulo 5 de este manual.** El Capítulo 5 le da detalles acerca de su cobertura de medicamentos de receta, incluyendo las normas que necesita seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también le dice qué tipos de medicamentos de receta no están cubiertos por nuestro plan.
* **El *Directorio de Farmacias [insert if applicable: /Proveedores]* del plan*.*** En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para ver los detalles). El *Directorio de Farmacias* *[insert if applicable: /Proveedores]* tiene una lista de farmacias que están en la red del plan. También le dice qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro de largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de tres meses).

#### Sección 1.2 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, necesita conocer los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que paga por un medicamento se llama “costo compartido” y hay tres maneras en las que es posible que se le pida que pague.

* El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan empiece a pagar su parte.
* “**Copago**” quiere decir que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
* “**Coseguro**” quiere decir que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

### SECCIÓN 2 Lo que paga usted por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté cuando obtenga el medicamento

#### Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *[insert 2015 plan name]* ?

Como se indica en la tabla que aparece a continuación, hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos de receta bajo *[insert 2015 plan name]*. Cuánto paga usted por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento de surtir o repetir el surtido de su receta. *[Plans with no premium delete the following sentence]* Tenga presente que siempre es responsable de pagar la prima mensual del plan sin importar la etapa de pago de medicamentos.

*[Plans: Ensure entire table appears on the same page.]*

| **Etapa 1**  *Etapa de Deducible Anual* | **Etapa 2**  *Etapa de Cobertura Inicial* | **Etapa 3**  *Etapa de Falta de Cobertura* | **Etapa 4**  *Etapa de Cobertura Catastrófica* |
| --- | --- | --- | --- |
| *[If plan has a deductible for all tiers insert:* Empieza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año.]  Durante esta etapa, **paga el costo completo** de sus medicamentos de [*insert if applicable:* marca *OR[tier name(s)]*].  Se queda en esta etapa hasta que haya pagado $[*insert deductible amount*] por sus medicamentos de *[insert if applicable:* marca *OR[tier name(s)]*] ($[*insert deductible amount*] es la cantidad de su deducible de *[insert if applicable:* marca *OR[tier name(s)]*]).  (Los detalles están en la Sección 4 de este capítulo.)  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Como no hay deducible para el plan, esta etapa de pago no le aplica a usted.] | *[Insert if plan has no deductible:* Empieza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.]  *[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 del costo.]**  *[Insert if plan has a deductible that applies to some drugs:* Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos [*insert if applicable:* genéricos *OR[tier name(s)]*] y **usted paga su parte del costo.**  Después de que usted (u otras personas de su parte) haya satisfecho cu deducible de [*insert if applicable:* marca *OR[tier name(s)]*] el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos de [*insert if applicable:* marca *OR[tier name(s)]*] y usted paga su parte.]  Se queda en esta etapa hasta que sus *[insert as applicable:***“costos totales de medicamento”** del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos del plan de Parte D que pueda haber) asciendan a $[*insert initial coverage limit*]. *OR***“costos de bolsillo”** del año hasta la fecha (sus pagos) asciendan a $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*].]  (Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo.) | *[Plans with no gap coverage insert:* Durante esta etapa, usted paga un 45% del precio de los medicamentos de marca más una porción de la tarifa de suministro y un 65% del precio de los medicamentos genéricos.]  *[Plans with generic coverage only in the gap insert:* Para los medicamentos genéricos, usted paga [*plans should briefly describe generic coverage. E.g., either a $10 copayment or 65% of the costs, whichever is lower].* Para los medicamentos de marca, usted paga un 45% del precio (más una porción de la tarifa de suministro).]  *[Plans with some coverage in the gap: insert description of gap coverage using standard terminology.]*  Se queda en esta etapa hasta que su “**costos de bolsillo**” (sus pagos) del año hasta la fecha ascienden a $. [*insert 2015 out-of-pocket threshold*] Esta cantidad y las reglas para contar costos para esta cantidad han sido establecidas por Medicare.  (Los detalles están en la Sección 6 de este capítulo.)  [*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* Como no hay falta de cobertura para el plan, esta etapa de pago no le aplica a usted.] | Durante esta etapa, **el plan paga la mayoría del costo** de sus medicamentos durante el resto del año de calendario (hasta e incluyendo el 31 de diciembre de 2015).  (Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo.) |

### SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa en la que está

#### Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado la “Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits - EOB) de Parte D” (la “EOB de Parte D”)

Nuestro plan rastrea los costos de sus medicamentos de receta y los pagos que ha hecho cuando surte sus recetas u obtiene repeticiones de surtido en la farmacia. De esta manera, le podemos decir cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la etapa siguiente. En particular, hay dos tipos de costos que rastreamos:

* Rastreamos cuánto ha pagado. Esto se llama su costo “**de bolsillo**.”
* Rastreamos sus costos “**totales de medicamentos**.” Ésta es la cantidad que paga usted de bolsillo o que otros pagan de su parte más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado la *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits - EOB) de Parte D* (a veces se llama la “EOB de Parte D”) cuando se le han surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. Incluye:

* **Información para ese mes**. Este informe da detalles de pago acerca de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Indica los costos totales de medicamentos, lo que dijo el plan, y lo que usted ha pagado u otros han pagado de su parte.
* **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se llama la información del “año hasta la fecha.” Indica los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde el principio del año.

#### Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información acerca de sus pagos de medicamentos

Para mantener registros de sus costos de medicamentos y de los pagos que ha hecho por medicamentos, utilizamos registros que recibimos de farmacias. Ésta es la manera en que puede ayudarnos a mantener correcta y al día su información:

* **Enseñe su tarjeta de miembro cuando se le surta una receta.** Para asegurarse de que estemos enterados de las recetas que va surtiendo y que va pagando, enseñe su tarjeta de miembro cada vez que se le surta una receta.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en que puede que usted pague por medicamentos de receta y no recibamos automáticamente la información que necesitamos para rastrear sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de sus costos de bolsillo, puede darnos copias de recibos de medicamentos que haya adquirido. (Si se le presenta una factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para ver las instrucciones acerca de cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este manual.) He aquí algunos tipos de situaciones en las que sería buena idea que nos diera copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en medicamentos:
* Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
* Cuando ha hecho un copago por medicamentos que están provistos bajo un programa de ayuda al paciente de un fabricante de medicamentos.
* Siempre que compre medicamentos cubiertos en farmacias de fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
* **Envíenos información acerca de los pagos que otros hayan hecho de su parte.** Los pagos hechos por ciertos otros individuos y organizaciones cuentan también para sus costos de bolsillo y ayudan a hacerlo elegible para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos hechos por *[plans without an SPAP in their state delete next item:]* un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica, un programa de ayuda de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program - ADAP), el Servicio de Salud Indio, y la mayoría de las organizaciones de caridad cuentan para sus costos de bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslos para que podamos rastrear sus costos.
* **Compruebe el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits - EOB) de Parte D* (una “EOB de Parte D”) por correo, examínelo para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe, o si tiene preguntas, llámenos a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). *[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* Asegúrese de quedarse estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

### SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, paga el costo completo de su medicamentos *[insert drug tiers if applicable]*

#### Sección 4.1 Se queda en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado $[*insert deductible amount*] por sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]*

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with:* No hay deducible para *[insert 2015 plan name]*]*.*

[*Plans with no deductible replace Section 4.1 title with:* No paga deducible por sus medicamentos de 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 surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para ver información acerca de su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.]

La Etapa de Deducible es la etapa de primer pago para su cobertura de medicamentos. [*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* Esta etapa empieza cuando surte su primera receta del año. Cuando está en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total 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:* Pagará un deducible anual de $[*insert deductible amount*] para medicamentos de [*insert applicable drug tiers*]. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de** **[*insert applicable drug tiers*]** hasta alcanzar la cantidad de deducible del plan. Para todos los otros medicamentos, no tendrá que pagar deducible y empezará a recibir cobertura inmediatamente.]

* Generalmente, su “**costo completo**” es más bajo que el precio completo normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
* El “**deducible**” es la cantidad que debe usted pagar por sus medicamentos de receta de Parte D antes de que el plan empiece a pagar su parte.

Una vez haya pagado $[*insert deductible amount*] por sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]* sale de la Etapa de Deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de Cobertura Inicial.

### SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

#### Sección 5.1 Lo que paga usted por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte la receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de receta cubiertos y usted paga su parte (su [*insert as applicable:* copago *OR* cantidad de coseguro *OR* copago o cantidad de coseguro]). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde surta su receta.

El plan tiene [*insert number of tiers*] niveles de costo compartido

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

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan están en uno de los [*insert number of tiers*] niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el número del nivel de costo compartido, más tiene que pagar usted 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 averiguar el nivel de costo compartido en que está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

* *[Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, delete this bullet and use next two bullets instead]* Una farmacia minorista que está en la red de nuestro plan
* *[Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia minorista que ofrece costo compartido estándar]
* *[Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia minorista que ofrece costo compartido preferido]
* Una farmacia que no está en la red del plan
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet]* La farmacia de encargo por correo del plan

Para mayor información acerca de estas opciones de farmacia y acerca de surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de Farmacias* del plan*.*

*[Include if plan has network pharmacies that offer preferred cost-sharing:* Generalmente, cubriremos sus recetas solamente si se surten en una de nuestras farmacias de red. Algunas de nuestras farmacias de red ofrecen también costo compartido preferido. Puede ir o a farmacias de red que ofrezcan costo compartido preferido o a otras farmacias de red que ofrezcan costo compartido estándar para recibir sus medicamentos de receta cubiertos. Puede que sus costos sean más bajos en farmacias que ofrezcan costo compartido preferido.]

#### Sección 5.2 Una tabla que indica sus costos para un suministro de un medicamento para *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, su parte del costo de un medicamento cubierto será o un copago, o un coseguro.

* **“Copago”** quiere decir que paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
* **“Coseguro”** quiere decir que paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

*[Plans that do not use drug tiers, omit]* Como se indica en la tabla que aparece a continuación, la cantidad del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido en que está su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

* *[Plans without copayments omit]* Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago indicada en la tabla, pagará el precio más bajo por el medicamento. Usted paga *o* el precio completo del medicamento *o* la cantidad de copago, *lo que sea más bajo*.
* Cubrimos recetas surtidas en farmacias de fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para ver información acerca de cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia de fuera de la red.

*[If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, the chart must include both standard and preferred cost-sharingrates.For plans that offermail-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 cost-sharing), 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: “Mail order is not available for drugs in [insert tier].”]*

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

|  | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)**  (un suministro máximo de *[insert number of days]* días) | **Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)**  (un suministro máximo de *[insert number of days]* días) | **Costo compartido de encargo por correo**  (un suministro máximo de *[insert number of days]* días) | **Costo compartido de cuidado a largo plazo (Long-Term Care - LTC)**  (un suministro máximo de *[insert number of days]* días) | **Costo compartido de fuera de la red**  (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para ver los detalles.) (un suministro máximo de *[insert number of days]* días) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel de Costo Compartido 1**  ([*insert description, e.g., “generic drugs”*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel de Costo Compartido 2**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel de Costo Compartido 3**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel de Costo Compartido 4**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

#### Sección 5.3 Si su médico receta menos de un suministro completo para un mes, puede que no tenga usted que pagar el costo del suministro para todo un mes

Generalmente, usted paga un copago para cubrir un suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar menos de un suministro de un mes de medicamentos. Puede que haya veces cuando sería buena idea que le pidiera a su médico que le recetara menos de un suministro de medicamentos para un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez y se sabe que tiene efectos secundarios severos). Si su médico está de acuerdo, no tendrá que pagar el suministro del mes completo para ciertos medicamentos.

La cantidad que pague cuando obtenga menos de un suministro para todo un mes dependerá de si es responsable de pagar coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad determinada de dólares).

* Si es responsable de pagar coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Paga el mismo porcentaje sin importar si la receta es para todo un mes o para menos días. Sin embargo, como el costo total del medicamento será más bajo si obtiene menos de un suministro para todo un mes, la *cantidad* que pague será más baja.
* Si es responsable de hacer un copago por el medicamento, su copago se basará en el número de días de medicamento que reciba. Calcularemos la cantidad que paga usted por día de su medicamento (el “precio de costo compartido diario”) y la multiplicaremos por el número de días 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.]* Le vamos a dar un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento para un suministro de todo un mes (un suministro de 30 días) es $30. Esto quiere decir que la cantidad que paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de $1 al día multiplicado por 7 días, dando un pago total de $7.
  + No debe tener que pagar más por día solo porque empieza con un suministro de menos de un mes. Volvamos al ejemplo anterior. Digamos que usted y su médico acuerdan que el medicamento le va bien y que debe seguir tomando el medicamento después de que se le acabe el suministro de 7 días. Si recibe otra receta para el resto del mes, lo cual es 23 días más de medicamento, aún paga $1 al día, es decir, $23. Su costo total para el mes será $7 por su primera receta y $23 por su segunda receta, dando un total de $30 - lo mismo que sería su copago para un suministro de todo un mes.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le vaya bien antes de tener que pagar un suministro de todo un mes.

#### Sección 5.4 Una tabla que indica sus costos para un suministro ([*insert if applicable:* de hasta un máximo de] [*insert number of days*] días) de *largo plazo* de un medicamento

*[Plans that do not offer extended-day supplies delete Section 5.4]*

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (que también se llama un “suministro prolongado”) cuando surte su receta. Un suministro de largo plazo es de [*insert if applicable:* hasta un máximo de] un suministro de *[insert number of days]* días. (Para ver los detalles acerca de dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.)

La tabla que aparece a continuación indica lo que paga cuando obtiene un suministro de largo plazo de ([*insert if applicable:* hasta un máximo de]*[insert number of days]*días) de un medicamento.

* *[Plans without copayments omit:]* Tenga en cuenta: Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago indicada en la tabla, usted pagará el precio más bajo por el medicamento. Paga *o* el precio completo del medicamento *o* la cantidad de copago, *lo que sea más bajo*.

*[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 cost-sharing), 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: “Mail order is not available for drugs in [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: “A long-term supply is not available for drugs in [insert tier].”]*

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *largo plazo* de un medicamento de receta de Parte D cubierto:

|  | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)**  Un suministro ([*insert if applicable:* de hasta un máximo de]*[insert number of days]* días) | **Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)**  Un suministro ([*insert if applicable:* de hasta un máximo de]*[insert number of days]* días) | **Costo compartido de encargo por correo**  Un suministro ([*insert if applicable:* de hasta un máximo de]*[insert number of days]* días) |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nivel de Costo Compartido 1**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel de Costo Compartido 2**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel de Costo Compartido 3**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel de Costo Compartido 4**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

#### Sección 5.5 Se queda en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus [*insert as applicable:* costos totales de medicamentos para el año ascienden a $[*insert initial coverage limit*] *OR* costos de bolsillo para el año ascienden a $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*]]

Se queda en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos de receta que ha surtido y repetido asciende al **límite de** **$[*insert initial coverage limit*] de la Etapa de Cobertura Inicial**.

Su costo total de medicamentos se basa en sumar lo que ha pagado usted y lo que ha pagado el plan de Parte D:

* **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que empezó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para mayor información acerca de la manera en que Medicare calcula sus costos de bolsillo.) Esto incluye:
  + *[Plans without a deductible, omit]* La cantidad de $[*insert deductible amount*] que pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible.
  + El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
* **Lo que ha pagado el plan** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si estaba inscrito en un plan de Parte D distinto durante 2015, la cantidad que pagó ese plan durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta para sus costos totales de medicamentos.)

*[Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* Se queda en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos de bolsillo totales ascienden a $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*]. Medicare tiene reglas acerca de lo que cuenta y de lo que *no* cuenta para sus costos de bolsillo. (Consulte la Sección *[insert section number]* para ver información acerca de la manera en que Medicare cuenta sus costos de bolsillo.) Cuando llega a un límite de bolsillo de $ [*insert 2015 out-of-pocket threshold*], sale de Falta de Cobertura Inicial y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.]

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos de receta que no se cubren normalmente en un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare. Los pagos que se hacen por estos medicamentos no cuentan para *[insert if plan has a coverage ga:* su límite de cobertura inicial o sus] costos totales de bolsillo. [*Insert only if plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs:* También proveemos algunos medicamentos que pueden obtenerse sin receta exclusivamente para su uso. Estos medicamentos que pueden obtenerse sin receta se proveen sin costo para usted.] Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte su vademécum.]

La *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits - EOB) de Parte D* (EOB de Parte D) que le enviamos le ayudará a mantener registros de cuánto han pagado usted y el plan, así como los terceros que pueda haber, durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de [*insert as applicable:* $[*insert initial coverage limit*] *OR*$[*insert 2015 out-of-pocket threshold*]] en un año.

Le comunicaremos si alcanza esta cantidad de [*insert as applicable:* $[*insert initial coverage limit*] *OR*$[*insert 2015 out-of-pocket threshold*]]. Si alcanza esta cantidad, saldrá de la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la *[insert as applicable:* Etapa de Falta de Cobertura *OR* Etapa de Cobertura Catastrófica*]*.

#### Sección 5.6 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo de medicamentos de receta

*[Plans no additional coverage gap: insert Section 5.6]*

Medicare tiene reglas acerca de lo que cuenta y de lo que *no* cuenta como costos de bolsillo. Cuando llega al límite de bolsillo de $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*], sale de la Etapa de Cobertura Inicial y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Aquí tiene las reglas de Medicare que debemos seguir cuando mantenemos registros de sus costos de bolsillo para sus medicamentos.

**Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo**

Cuando suma sus costos de bolsillo, puede incluir los pagos enumerados a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de Parte D y siempre que haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este manual):

* La cantidad que pague por medicamentos cuando esté en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  + [*Plans without a deductible, omit:]* La Etapa del Deducible.
  + La Etapa de Cobertura Inicial.
* Los pagos que haya hecho durante este año de calendario como miembro de un plan de medicamentos de receta de Medicare distinto antes de apuntarse en nuestro plan.

Importa quién paga:

* Si fue **usted mismo** el que hizo estos pagos, están incluidos en sus costos de bolsillo.
* Estos pagos también están incluidos si los hicieron de parte suya **ciertas otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones de caridad, por programas de ayuda de medicamentos para el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item:]* por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica que esté certificado por Medicare, o por el Servicio de Salud Indio. Los pagos hechos por la “Ayuda Extra” de Medicare se incluyen también.
* Algunos de los pagos hechos por el Programa de Descuento de Falta de Cobertura de Medicare se incluyen. La cantidad que paga el fabricante por sus medicamentos de marca se incluye. Pero la cantidad que paga el plan por sus medicamentos genéricos no se incluye.

Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o los que paguen de su parte) haya gastado un total de $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*] en costos de bolsillo en el año de calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

**Estos pagos no se incluyen en sus costos de bolsillo**

Cuando suma sus costos de bolsillo, **no se le permite que incluya** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos de receta:

* [*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.
* Medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
* Medicamentos que obtenga en una farmacia de fuera de la red y que no satisfacen los requisitos del plan para cobertura de fuera de la red.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Medicamentos que no sean de Parte D, incluyendo medicamentos de receta cubiertos por Parte A o 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 de receta cubiertos por Parte A o Parte B.
* Pagos que haga para medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura adicional pero que no están cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare.]
* [*Insert if applicable:* Los pagos que haga para medicamentos de receta no cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare.]
* Los pagos hechos por el plan por medicamentos de marca o genéricos mientras está en la Falta de Cobertura.
* Los pagos por medicamentos que hagan planes médicos grupales, incluyendo los planes médicos de empleador.
* Los pagos de medicamentos que hacen ciertos planes de seguros y programas de salud subvencionados por el gobierno, tales como TRICARE y la Administración de Veteranos de las Fuerzas Armadas.
* Los pagos de medicamentos hechos por terceros que tienen una obligación legal de pagar costos de receta (por ejemplo, Compensación de Trabajadores).

*Recordatorio:* Si alguna otra organización tal como las indicadas paga parte de o todos sus costos de bolsillo de medicamentos, se le requiere a usted que se lo comunique a nuestro plan. Llame a Servicios de Miembros para hacérnoslo saber (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

¿Cómo puede mantener registros de su total de bolsillo?

* **Nosotros lo ayudaremos**. El informe de *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits - EOB) de Parte D* (EOB de Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus costos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo le habla de este informe). Cuando llega a un total de $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*] en costos de bolsillo para el año, este informe le dirá que ha salido de la Etapa de Cobertura Inicial y ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. La Sección 3.2 habla de lo que puede hacer para ayudar a asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado están completos y al día.]

### SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Falta de Cobertura, [*insert as appropriate:* recibe un descuento con los medicamentos de marca y no paga más del 65% de los costos de los medicamentos genéricos *OR* el plan provee un poco de cobertura de medicamentos]

#### Sección 6.1 Se queda en la Etapa de Falta de Cobertura hasta que sus costos de bolsillo llegan a $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*]

[*Plans with no additional coverage gap replace Section 6 title with:* No hay falta de cobertura para *[insert 2015 plan name].]*

[*Plans with no additional coverage gap replace Section 6.1 title with:* No tiene falta de cobertura para sus medicamentos de Parte D.]

[*Plans with no additional coverage gap replace text below with*: No hay falta de cobertura para[*insert 2015 plan name*]. Una vez sale de la Etapa de Cobertura Inicial, pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte la Sección 7 para ver información acerca de 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 está en la Etapa de Falta de Cobertura, el Programa de Descuento de Falta de Cobertura de Medicare provee descuentos de fabricante para medicamentos de marca. Usted paga el 45% del precio negociado (excluyendo la tarifa de surtido y la tarifa de administración de vacunas, si las hay) para medicamentos de marca. Tanto la cantidad que paga como la cantidad descontada por el fabricante cuentan para sus costos de bolsillo como si las hubiera pagado usted y lo hace avanzar por la falta de cobertura.

También recibe algo de cobertura por medicamentos genéricos. Paga un máximo de un 65% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (35%) no cuenta para sus costos de bolsillo. Solo la cantidad que usted paga cuenta y lo hace avanzar por la falta de cobertura.

Usted sigue pagando el precio descontado por medicamentos de marca y un máximo de un 65% de los costos de medicamentos genéricos hasta que sus pagos de bolsillo anuales llegan a la cantidad máxima establecida por Medicare. En 2015, esa cantidad es $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*].

Medicare tiene reglas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos de bolsillo para usted. Cuando llegue al límite de bolsillo de $ [*insert 2015 out-of-pocket threshold*], sale de la Etapa de Falta de Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

#### Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo para medicamentos de receta

*[Plans with no additional coverage gap: delete Section 6.2]*

Aquí tiene las reglas de Medicare que debemos seguir cuando mantenemos registros de sus costos de bolsillo para sus medicamentos.

**Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo**

Cuando suma sus costos de bolsillo, puede incluir los pagos enumerados a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de Parte D y siempre que haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este manual):

* La cantidad que pague por medicamentos cuando esté en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  + [*Plans without a deductible, omit]* La Etapa del Deducible.
  + La Etapa de Cobertura Inicial.
  + [*Plans without a coverage gap, omit]* La Etapa de Falta de Cobertura.
* Los pagos que haya hecho durante este año de calendario como miembro de un plan de medicamentos de receta de Medicare distinto antes de apuntarse en nuestro plan.

Importa quién paga:

* Si fue **usted mismo** el que hizo estos pagos, están incluidos en sus costos de bolsillo.
* Estos pagos también *están incluidos* si los hicieron de parte suya **ciertas otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones de caridad, por programas de ayuda de medicamentos para el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item:]* por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica que esté certificado por Medicare, o por el Servicio de Salud Indio. Los pagos hechos por la “Ayuda Extra” de Medicare se incluyen también.
* Algunos de los pagos hechos por el Programa de Descuento de Falta de Cobertura de Medicare se incluyen. La cantidad que paga el fabricante por sus medicamentos de marca se incluye. Pero la cantidad que paga el plan por sus medicamentos genéricos no se incluye.

Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o los que paguen de su parte) haya gastado un total de $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*] en costos de bolsillo en el año de calendario, pasará de la *[insert as applicable:* Etapa de Cobertura Inicial *OR* Etapa de Falta de Cobertura] a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

**Estos pagos no se incluyen en sus costos de bolsillo**

Cuando suma sus costos de bolsillo, **no se le permite que incluya** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos de receta:

* [*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.
* Medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
* Medicamentos que obtenga en una farmacia de fuera de la red y que no satisfacen los requisitos del plan para cobertura de fuera de la red.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Medicamentos que no sean de Parte D, incluyendo medicamentos de receta cubiertos por Parte A o 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 de receta cubiertos por Parte A o Parte B.
* Pagos que haga para medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura adicional pero que no están cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare.]
* [*Insert if applicable:* Los pagos que haga para medicamentos de receta no cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare.]
* Los pagos hechos por el plan por medicamentos de marca o genéricos mientras está en la Falta de Cobertura.
* Los pagos por medicamentos que hagan planes médicos grupales, incluyendo los planes médicos de empleador.
* Los pagos de medicamentos que hacen ciertos planes de seguros y programas de salud subvencionados por el gobierno, tales como TRICARE y la Administración de Veteranos de las Fuerzas Armadas.
* Los pagos de medicamentos hechos por terceros que tienen una obligación legal de pagar costos de receta (por ejemplo, Compensación de Trabajadores).

*Recordatorio:* Si alguna otra organización tal como las indicadas paga parte de o todos sus costos de bolsillo de medicamentos, se le requiere a usted que se lo comunique a nuestro plan. Llame a Servicios de Miembros para hacérnoslo saber (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

¿Cómo puede mantener registros de su total de bolsillo?

* **Nosotros lo ayudaremos**. El informe de *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits - EOB) de Parte D* (EOB de Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus costos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo le habla de este informe). Cuando llega a un total de $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*] en costos de bolsillo para el año, este informe le dirá que ha salido de la *[insert as applicable:* Etapa de Cobertura Inicial *OR* Etapa de Falta de Cobertura*]* y ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. La Sección 3.2 habla de lo que puede hacer para ayudar a asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado están completos y al día.

### SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

#### Sección 7.1 Una vez esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, se quedará en esta etapa el resto del año

Usted es elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus costos de bolsillo han llegado al límite de $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*] para el año de calendario. Una vez esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año de calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

*[Plans insert appropriate option for your catastrophic cost-sharing:*

*Option 1:*

* **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será coseguro o un copago, la cantidad que sea la *mayor*:
* –*sea* – coseguro de un 5% del costo del medicamento
* –*o* – $*[Insert 2015 catastrophic cost-sharing amount for generics/preferred multisource drugs*] para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y $*[Insert 2015 catastrophic cost-sharing amount for all other drugs*] para todos los otros 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 paga usted por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

#### Sección 9.1 Nuestro plan tiene cobertura aparte para el medicamento de vacuna de Parte D y para el costo de ponerle la vacuna

Nuestro plan provee cobertura para varias vacunas de Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información acerca de la cobertura de estas vacunas consultando la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4, Sección 2.1.

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

* La primera parte de la cobertura es el costo del medicamento de **la vacuna misma**. La vacuna es un medicamento de receta.
* La segunda parte de la cobertura es para el costo **de ponerle la vacuna**. (Esto se llama a veces la “administración” de la vacuna.)

¿Qué paga usted por una vacuna de Parte D?

Lo que paga por una vacuna de Parte D depende de tres cosas:

**1. El tipo de vacuna** (para lo que se le está vacunando).

* + Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información acerca de su cobertura para estas vacunas consultando el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que se cubre y lo que paga usted).*
  + Otras vacunas se consideran medicamentos de Parte D. Puede encontrar estos medicamentos enumerados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum).*

**2. Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**

**3. Quién le pone la vacuna.**

Lo que paga cuando recibe la vacuna de Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

* A veces, cuando se le ponga la vacuna, tendrá que pagar todo el costo del medicamento de la vacuna y de que se le ponga la vacuna. Puede pedirle a nuestro plan que le devuelva nuestra parte del costo.
* Otras veces, cuando obtiene el medicamento de la vacuna o le ponen la vacuna, paga solo su parte del costo.

Para demostrarle cómo funciona esto, aquí tiene tres maneras corrientes en las que puede ponerse una vacuna de Parte D. [*Insert if applicable:* Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluyendo su administración) durante la [*insert as applicable:* Etapa del Deducible OR Etapa de Falta de Cobertura *OR* Etapa del Deducible y de Falta de Cobertura] de su beneficio.]

*Situación 1:* Compra la vacuna de Parte D en la farmacia y se le pone la vacuna en la farmacia de red. (Si tiene o no esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren las vacunas.)

* Tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] de la vacuna y el costo de ponerle la vacuna.
* Nuestro plan pagará el resto de los costos.

*Situación 2:* Se le pone la vacuna de Parte D en la oficina de su médico.

* Cuando se le ponga la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
* Entonces le puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*)*.*
* Se le reembolsará la cantidad que ha pagado menos su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] normal por la vacuna (incluyendo su administración) [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos la diferencia que haya entre la cantidad que el médico cobre y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda Extra,” le reembolsaremos esta diferencia.)]

*Situación 3:* Usted compra la vacuna de Parte D en su farmacia, y después la lleva a la oficina de su médico, donde le ponen la vacuna.

* Tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna misma.
* Cuando su médico le ponga la vacuna, pagará el costo total de este servicio. Entonces le puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual.
* Se le reembolsará la cantidad cobrada por el médico por administrar la vacuna [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos la diferencia que haya entre la cantidad que el médico cobre y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda Extra,” le reembolsaremos esta diferencia.)]

[*Insert any additional information about your coverage of vaccines and vaccine administration.*]

#### Sección 9.2 Sería buena idea que nos llamara a Servicios de Miembros antes de vacunarse

Las reglas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Recomendamos que nos llame primero a Servicios de Miembros cuando esté pensando en vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)

* Podemos decirle cómo cubre su vacuna nuestro plan y explicar su parte del costo.
* Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos utilizando proveedores y farmacias de nuestra red.
* Si no puede utilizar un proveedor o farmacia de red, podemos decirle lo que necesita hacer para hacer que paguemos nuestra parte del costo.

### SECCIÓN 10 ¿Tiene que pagar la “sanción de inscripción tardía” de Parte D?

#### Sección 10.1 ¿Qué es la “sanción de inscripción tardía” de Parte D?

**Nota:** Si recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar sus medicamentos de receta, no pagará una sanción de inscripción tardía.

La sanción de inscripción tardía es una cantidad que se añade a su prima de Parte D. Puede que deba pagar una sanción de inscripción tardía si, en cualquier momento después de que haya acabado su periodo de inscripción inicial, hay un periodo de 63 días seguidos o más en los que no ha tenido Parte D ni ningún otro tipo de cobertura de medicamentos de receta acreditable. La “cobertura de medicamentos de receta acreditable” es cobertura que satisface los estándares mínimos de Medicare ya que se requiere que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de receta estándar de Medicare. La cantidad de la sanción depende de cuánto tiempo ha esperado para inscribirse en un plan de cobertura de medicamentos de receta acreditable en cualquier momento después del fin de su periodo de inscripción inicial o cuántos meses de calendario completo ha pasado sin cobertura de medicamentos de receta acreditable. Tendrá que pagar esta sanción durante todo el tiempo que tenga cobertura de Parte D.

La sanción se añade a su prima mensual. *[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the next sentence:]* (A los miembros que elijan pagar su prima cada tres meses se les añadirá la sanción a su prima de tres meses.) Cuando se inscribe por primera vez en *[insert 2015 plan name],* le informamos de la cantidad de la sanción.

Su sanción de inscripción tardía se considera parte de su prima del plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si no paga la sanción de inscripción tardía, puede perder sus beneficios de medicamentos de receta por no pagar su prima del plan.]

[*Plans with no plan premium, replace the previous two paragraphs with the following language:* Cuando se inscribe por primera vez en *[insert 2015 plan name],* le informamos de la cantidad de la sanción. Su sanción de inscripción tardía se considera su prima del plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si no paga la sanción de inscripción tardía, puede perder sus beneficios de medicamentos de receta.*]*]

#### Sección 10.2 ¿Cuánto es la sanción de inscripción tardía de Parte D?

Medicare determina la cantidad de la sanción. Se hace de esta manera:

* Primero, cuente el número de meses que usted se retrasó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de hacerse elegible para la inscripción. O cuente el número de meses completos en que no tenía cobertura de medicamentos de receta acreditable, si la interrupción de cobertura fue de 63 días o más. La sanción es un 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si se pasó 14 meses sin cobertura, la sanción será de un 14%.
* Después, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare de la nación del año anterior. [*Insert EITHER:* Para 2015, esta cantidad de prima promedio es $[*insert 2015 national base beneficiary premium*] *OR* Para 2014, esta cantidad de prima promedio fue $[*insert 2014 national base beneficiary premium*]. Esta cantidad puede cambiar para 2015.]
* Para calcular su sanción mensual, se multiplica el porcentaje de sanción y la prima mensual promedio y después se redondea a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo de aquí, sería 14% multiplicado por $[*insert base beneficiary premium*], lo cual da $[*insert amount*]. Esto se redondea a $[*insert amount*]. Esta cantidad se añadiría **a la prima mensual para una persona que tenga una sanción de inscripción tardía**.

Hay tres cosas importantes que hacer notar acerca de esta sanción de inscripción tardía mensual:

* Primero, **la sanción puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según la determina Medicare) aumenta, su sanción aumentará.
* Segundo, **seguirá pagando una sanción** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Parte D de Medicare.
* Tercero, si tiene menos de 65 años y está recibiendo beneficios de Medicare actualmente, la sanción de inscripción tardía se restaurará cuando cumpla los 65. Después de los 65 años de edad, su sanción de inscripción tardía se basará solamente en los meses que no tenga cobertura después de su periodo de inscripción inicial para la edad de Medicare.

#### Sección 10.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la sanción

Aún si ha demorado en inscribirse en un plan que ofrezca cobertura de Parte D de Medicare cuando se hizo elegible, a veces no tiene que pagar la sanción de inscripción tardía.

**No tendrá que pagar una sanción de inscripción tardía si está en alguna de estas situaciones:**

* Si tiene ya cobertura de medicamentos de receta del que se requiere que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de receta estándar de Medicare. Medicare llama esto “**cobertura de medicamentos acreditable**.” Tenga en cuenta lo siguiente:
  + La cobertura acreditable podría incluir cobertura de medicamentos de un empleador anterior o una unión, TRICARE, o el Departamento de Asuntos de Veteranos de las Fuerzas Armadas. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le dirá cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Esta información puede enviársele en una carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información, porque puede necesitarla si se apunta en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - Tenga en cuenta: Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando acabe su cobertura médica, puede que no quiera decir que su cobertura de medicamentos de receta era acreditable. El aviso debe indicar que tenía cobertura de medicamentos de receta “acreditable” del que se requería que pagara tanto como paga el plan de medicamentos de receta estándar de Medicare.
  + Lo siguiente *no* constituye cobertura de medicamentos de receta acreditable: tarjetas de descuento de medicamentos de receta, clínicas gratuitas, y sitios web de descuento de medicamentos.
  + Para obtener información adicional acerca de la cobertura acreditable, consulte su Manual de *Medicare y Usted 2015* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana.
* Si no tenía cobertura acreditable pero no la tuvo durante menos de 63 días seguidos.
* Si está recibiendo “Ayuda Extra” de Medicare.

#### Sección 10.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su sanción de inscripción tardía?

Si no está de acuerdo con su sanción de inscripción tardía, usted o su representante pueden pedir una revisión de la decisión de su sanción de inscripción tardía. Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días siguientes** a la fecha de la carta que reciba indicando que tiene que pagar una sanción de inscripción tardía. Llame a Servicios de Miembros para mayor información acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: **Importante:** No deje de pagar su sanción de inscripción tardía mientras espere la revisión de la decisión de su sanción de inscripción tardía. Si no, se le podría cancelar la inscripción por no pagar sus primas del plan.]

### SECCIÓN 11 ¿Tiene que pagar una cantidad de Parte D extra debido a sus ingresos?

#### Sección 11.1 ¿Quién paga una cantidad de Parte D extra debido a ingresos?

La mayoría de las personas pagan una prima de Parte D mensual estándar. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad extra debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son de $*[insert amount]* o más para una sola persona (o para las personas casadas que ponen sus declaraciones de impuestos por separado) o $*[insert amount]* o más para las parejas casadas, debe pagar una cantidad extra directamente al gobierno por su cobertura de Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar una cantidad extra, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta diciéndole lo que va a ser la cantidad extra y cómo pagarla. La cantidad extra se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviaria, o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo paga su prima del plan normalmente, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad extra que se deba. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad extra, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagarle la cantidad extra al gobierno. No puede pagarse con su prima de plan mensual.**

#### Sección 11.2 ¿Cuánto es la cantidad de Parte D extra?

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (Modified Adjusted Gross Income - MAGI) según se han reportado en su declaración de impuestos del Fisco están por encima de cierta cantidad, pagará una cantidad extra además de su prima de plan mensual.

La tabla que aparece a continuación indica la cantidad extra según sus ingresos.

| **Si puso una declaración de impuestos individual y sus ingresos en** *[insert year]* **fueron:** | **Si estaba casado pero puso una declaración de impuestos aparte y sus ingresos en** *[insert year]* **fueron:** | **Si puso una declaración de impuestos conjunta y sus ingresos en** *[insert year]* **fueron:** | **Este es el costo mensual de su cantidad de Parte D extra (que debe pagarse además de su prima del plan)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Igual a o menos de $*[insert amount]* | Igual a o menos de $*[insert amount]* | Igual a 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 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad de Parte D extra?

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad extra debido a sus ingresos, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para mayor información acerca de cómo hacer esto, póngase en contacto con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

#### Sección 11.4 ¿Qué ocurre si no paga la cantidad de Parte D extra?

La cantidad extra se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) para su cobertura de Parte D de Medicare. Si se le requiere que pague la cantidad extra y no la paga, se le cancelará la inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos de receta.

## Capítulo 7. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 156

Sección 1.1 Si paga la parte de nuestro plan del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos que paguemos 156

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos dinero o que paguemos una factura que ha recibido 158

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 158

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no 159

Sección 3.1 Comprobamos si debemos pagar el servicio o el medicamento y cuánto debemos pagar 159

Sección 3.2 Si le decimos que no vamos a pagar nada de o alguna parte de la atención médica o el medicamento, puede poner una apelación 160

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 160

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a rastrear sus costos de bolsillo 160

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

#### Sección 1.1 Si paga la parte de nuestro plan del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos que paguemos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento de receta, puede que necesite pagar el costo completo inmediatamente. Otras veces, puede que vea que ha pagado más de lo esperado bajo las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de esos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero se llama frecuentemente “reembolsarle”). Tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cuando ha pagado más de su parte del costo de servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

Puede también que haya veces cuando reciba una factura de un proveedor por el costo completo de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en vez de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían cubrirse. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

Aquí tiene ejemplos de situaciones en las que puede que tenga que pedirle a nuestro plan que le devuelva dinero o que pague una factura que ha recibido:

**1. Cuando ha recibido cuidado de emergencia o de necesidad urgente de un proveedor que no está en la red de nuestro plan**

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, tanto si es parte de nuestra red como si no. Cuando recibe cuidado de emergencia o de necesidad urgente de un proveedor que no es parte de nuestra red, solo es responsable de pagar su parte del costo, no todo el costo. Debe pedirle al proveedor que le envíe la factura al plan por nuestra parte del costo.

* Si paga la cantidad completa usted mismo cuando recibe el cuidado, necesita pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya hecho.
* A veces, es posible que reciba una factura del proveedor pidiéndole pago que usted cree que no debe pagar. Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que haya hecho ya.
  + Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
  + Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía pagar usted y le devolveremos nuestra parte del costo.

**2. Cuando un proveedor de red le envía una factura que usted cree que no debería pagar**

Los proveedores de red siempre le envían las facturas al plan directamente, y le piden a usted solamente su parte del costo. Pero a veces cometen errores, y le piden que pague más de su parte.

* Solo tiene que pagar su cantidad de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de balance.” Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para mayor información acerca de “facturación de balance,” consulte el Capítulo 4, *[edit section number as needed]* Sección 1.6.
* Cuando reciba una factura de un proveedor de red que usted cree que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de la factura.
* Si le ha pagado ya una factura a un proveedor de red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya hecho y pídanos que le devolvamos la diferencia entre la cantidad que haya pagado y la cantidad que debía bajo el plan.

**3. Si se ha inscrito en nuestro plan retroactivamente.**

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva quiere decir que el primer día de su inscripción ha pasado ya. La fecha de inscripción puede incluso haber ocurrido el año pasado.)

Si se le ha inscrito en nuestro plan retroactivamente y ha pagado de bolsillo por servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de su inscripción, puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte de los costos. Necesitará presentar documentación para que nos encarguemos del reembolso.

* Llame a Servicios de Miembros para obtener información adicional acerca de cómo pedirnos que le devolvamos el dinero y las fechas topes para hacer su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)

**4. Cuando utiliza una farmacia de fuera de la red para que se le surta una receta**

Si va a una farmacia de fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de miembro para surtir una receta, puede que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando ocurre eso, tendrá que pagar el costo completo de su receta. (Cubrimos recetas surtidas en farmacias de fuera de la red solamente en unas cuantas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para mayor información.)

* Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo.

**5. Cuando pague el costo completo de una receta porque no ha traído su tarjeta de miembro**

Si no se ha traído su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita inmediatamente, es posible que tenga usted que pagar el costo completo de la inscripción.

* Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo.

**6. Cuando pague el costo completo de una receta en otras situaciones**

Puede que pague el costo completo de la receta porque se encuentre con que el medicamento no está cubierto, por alguna razón.

* Por ejemplo, puede que el medicamento no esté en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum)* del plan; o puede que tenga un requisito o restricción del que no estaba enterado o que no cree deba aplicarle a usted. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, puede que tenga que pagar el costo completo.
* Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que tengamos que obtener más información de su médico para devolverle nuestra parte del costo.

*[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 quiere decir que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* tiene información acerca de cómo poner una apelación.

### SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos dinero o que paguemos una factura que ha recibido

*[Plans may edit this section to include a second address if they use different addresses for processing medical and drug claims.]*

#### Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de los pagos que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros.

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede rellenar nuestro formulario de reclamo para hacer su solicitud de pago.

* No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
* Baje una copia del formulario de nuestro sitio web ([*insert URL*]) o llame a Servicios de Miembros y pídales el formulario. (Los números de teléfono para Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera 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:]* Envíe su solicitud de pago por correo junto con las facturas o recibos que pueda haber a esta dirección:

[*insert address*]

*[If the plan allows enrollees to submit oral payment requests, insert the following language:*

También puede llamar a nuestro plan para solicitar pago. Para ver los detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary]* Dónde enviar una solicitud que nos pida que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o un medicamento que haya recibido.]

[*Insert if applicable:* **Debe presentarnos su reclamo dentro de [*insert timeframe*]** siguientes a la fecha en que recibió el servicio, el artículo, o el medicamento.]

Póngase en contacto con Servicios de Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con estas facturas, podemos ayudar. También puede llamar si quiere darnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

### SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no

#### Sección 3.1 Comprobamos si debemos pagar el servicio o el medicamento y cuánto debemos pagar

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos dé información adicional. Si no, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

* Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted ha seguido todas las reglas para obtener la atención médica o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos su reembolso de nuestra parte del costo. Si no ha pagado el servicio o el medicamento todavía, enviaremos el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que necesita seguir para que se le cubran sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las reglas que necesita seguir para que se le cubran los medicamentos de receta de Parte D.)
* Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* está cubierto, o si usted *no* ha seguido todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En vez de ello, le enviaremos una carta que explique las razones por las cuales no le vamos a enviar el pago que ha solicitado y sus derechos de apelar esa decisión.

#### Sección 3.2 Si le decimos que no vamos a pagar nada de o alguna parte de la atención médica o el medicamento, puede poner una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con la cantidad que vamos a pagar, puede poner una apelación. Si pone una apelación, quiere decir que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para ver detalles acerca de la manera de poner esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este manual (*Qué 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 tope importantes. Si poner una apelación es nuevo para usted, le será útil empezar con la lectura de la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso de decisiones y apelaciones de cobertura y da definiciones de términos como “apelación.” Entonces, después de haber leído la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que le dice lo que hacer en su situación:

* Si quiere poner una apelación acerca de que se le devuelva el dinero pagado por un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
* Si quiere poner una apelación acerca de que se le devuelva el dinero pagado por un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

### SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

#### Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a rastrear sus costos de bolsillo

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos de pagos que ha hecho para obtener sus medicamentos. En estos casos, no nos está pidiendo pago. En vez de ello, nos está comunicando sus pagos para que podamos calcular correctamente sus costos de bolsillo. Esto puede ayudar a hacerlo elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones en las que debe enviarnos copias de recibos para informarnos de pagos que ha hecho para obtener sus medicamentos:

**1. Cuando compra el medicamento por un precio que es más bajo que nuestro precio**

*[Plans with neither a coverage gap nor a deductible should delete this section.]*

A veces, cuando está en la [*insert if applicable:* Etapa del Deducible *OR* Etapa de Falta de Cobertura *OR* Etapa del Deducible y la Etapa de Falta de Cobertura] puede comprar su medicamento **en una farmacia de red** por un precio que es más bajo que nuestro precio.

* Por ejemplo, puede que una farmacia ofrezca un precio especial por un medicamento. O puede que usted tenga una tarjeta de descuento que esté fuera de nuestro beneficio y ofrezca un precio más bajo.
* A menos que apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de Medicamentos.
* Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de bolsillo cuenten para hacerle elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Tenga en cuenta:** si está en la [*insert if applicable:* Etapa del Deducible *OR* Etapa de Falta de Cobertura *OR* Etapa del Deducible y la Etapa de Falta de Cobertura], [*insert as applicable:* no pagaremos *OR* puede que no paguemos] ninguna parte de estos costos de medicamento. Pero enviar una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus costos de bolsillo y puede ayudar a hacerlo elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápidamente.

**2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de ayuda de pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos**

Algunos miembros están inscritos en un programa de ayuda de pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si obtiene medicamentos a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede que le pague un copago al programa de ayuda de pacientes.

* Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de bolsillo cuenten para hacerlo elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Tenga en cuenta:** Como va a obtener su medicamento a través del programa de ayuda de pacientes y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos parte alguna de estos costos de medicamentos. Pero enviar una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus costos de bolsillo y puede ayudar a hacerlo elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápidamente.

Como no está pidiendo pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por consiguiente, no puede poner una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 163

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 información de una manera que le vaya bien a usted (en idiomas que no sean el inglés, en Braille, en letras grandes, o en otros formatos alternos, etc.) 163

Sección 1.2 Debemos tratarlo justa y respetuosamente en todo momento 163

Sección 1.3 Debemos garantizar que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 164

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal 164

Sección 1.5 Debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores, y sus servicios cubiertos 165

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado 167

Sección 1.7 Tiene derecho a poner quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado 169

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que se le está tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos? 169

Sección 1.9 Cómo obtener más información acerca de sus derechos 170

SECCIÓN 2 Tiene responsabilidades como miembro del plan 170

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 170

[***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 información de una manera que le vaya bien a usted (en idiomas que no sean el inglés, en Braille, en letras grandes, o en otros formatos alternos, etc.)

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold.]*

Para recibir información nuestra de una manera que le vaya bien a usted, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación de idiomas gratuitos para contestar preguntas de miembros que no hablan inglés. *[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]* También podemos darle información en Braille, en letras grandes, o en otros formatos alternos, si lo necesita. Si es elegible para Medicare debido a una incapacidad, se nos requiere que le demos información acerca de los beneficios del plan que sea accesible y apropiada para usted.

Si tiene problemas para recibir información de nuestro plan debido al idioma o a la incapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y dígales que quiere poner una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.2 Debemos tratarlo justa y respetuosamente en todo momento

Nuestro plan debe obedecer las leyes y protegerlo de la discriminación o el tratamiento injusto. **No discriminamos** basándonos en la raza, etnia, origen nacional, religión, sexo, edad, incapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio de una persona.

Si quiere mayor información o tiene inquietudes acerca de la discriminación o el tratamiento injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una incapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llámenos a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios de Miembros puede ayudar.

#### Sección 1.3 Debemos garantizar que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un [*insert as appropriate:* proveedor de cuidado primario (PCP) *OR* proveedor] en la red del plan para que provea y haga arreglos para sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 le explica esto con mayor detalle). Llame a Servicios de Miembros para obtener información acerca de los médicos que están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). *[Plans may edit this sentence to add other types of providers that members may see without a referral]* También tiene derecho a ir a un especialista de salud de la mujer (como un ginecólogo) sin referido. [*If applicable, replace previous sentence with:* No requerimos que obtenga referidos [*insert if applicable:* para ir a proveedores de red].]

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un periodo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesita ese tipo de cuidado. También tiene derecho a que se le surtan o se le repitan las recetas en cualquiera de nuestras farmacias de red sin retrasos largos.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o sus medicamentos de Parte D dentro de un periodo de tiempo razonable, el Capítulo 9, Sección 10 de este manual le dice lo que puede hacer. (Si hemos denegado cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 le dice lo que puede hacer.)

#### Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

* Su “información médica personal” incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan así como sus registros médicos y otros tipos de información médica y de salud.
* Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados con obtener información y controlar la manera en que se utiliza su información médica. Le damos un aviso escrito llamado un “Aviso de Práctica de Privacidad” que le habla de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

* Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
* En la mayoría de las situaciones, si le damos su información médica a alguien que no le está proporcionando cuidado o pagando su cuidado, *se nos requiere que obtengamos el permiso escrito de usted primero*. El permiso escrito puede darlo usted o alguien al que usted ha dado el poder legal de tomar decisiones de su parte.
* Hay tres excepciones que no requieren que obtengamos su permiso escrito primero. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
  + Por ejemplo, se nos requiere que divulguemos información médica a agencias gubernamentales que están inspeccionando la calidad del cuidado.
  + Como es usted miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere que demos a Medicare su información médica, incluyendo información acerca de sus medicamentos de receta de Parte D. Si Medicare divulga su información para usos de investigación o de cualquier otro tipo, esto se hará según estatutos y normativas Federales.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a examinar los registros médicos suyos que se guardan en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite que le cobremos una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones en sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben hacerse los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otras personas para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).  
  
*[****Note:*** *Plans may insert custom privacy practices.]*

#### Sección 1.5 Debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores, y sus servicios cubiertos

*[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 obtener varios tipos de información de nosotros. (Como se ha explicado anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a obtener información de nosotros de una manera que le vaya bien a usted. Esto incluye obtener información en idiomas que no sean el inglés y en letras grandes u otros formatos alternos.)

Si quiere los tipos de información siguiente, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual):

* **Información acerca de nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan. También incluye información acerca del número de apelaciones hechas por miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluyendo como lo han calificado los miembros del plan y cómo se compara con otros planes médicos de Medicare.
* **Información acerca de nuestros proveedores de red, incluyendo nuestras farmacias de red.** 
  + Por ejemplo, tiene derecho a obtener información de nosotros acerca de las cualificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y la manera en que pagamos a los proveedores de nuestra red.
  + *[Plans that combine the provider and pharmacy directory may combine this bullet and the one below and edit the information as needed]* Para ver una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el [*insert name of provider directory*].
  + Para ver una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *[insert name of pharmacy directory].*
  + Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) o visite nuestro sitio web en [*insert URL*].
* **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando utilice su cobertura.** 
  + En los Capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, las restricciones que pueda tener su cobertura, y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  + Para obtener los detalles de su cobertura de medicamentos de receta de Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este manual y la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum)* le dicen qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
  + Si tiene preguntas acerca de las reglas o restricciones, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono etán impresos en la cubierta trasera de este manual).
* **Información acerca de por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  + Si un servicio médico o medicamento de Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede pedirnos una explicación escrita. Tiene derecho a esta explicación aún si ha recibido el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia de fuera de la red.
  + Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomemos acerca de qué cuidado médico o medicamento de Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión poniendo una apelación. Para ver detalles acerca de lo que hacer si algo no está cubierto para usted de la manera en que usted cree que debería cubrirse, consulte el Capítulo 9 de este manual. Le da detalles acerca de cómo poner una apelación si quiere que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le dice cómo poner una queja acerca de la calidad del cuidado, los tiempos de espera, y otras inquietudes.)
  + Si quiere pedir que nuestro plan pague nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento de receta de Parte D, consulte el Capítulo 7 de este manual.

#### Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado

Tiene derecho a saber sus opciones de tratamiento y participar en decisiones acerca de su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando vaya a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

También tiene derecho a participar completamente en decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

* **Estar enterado de todas sus opciones.** Esto quiere decir que tiene derecho a que se le informe de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar lo que cuestan o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye el que se le informe de los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y utilizarlos con seguridad.
* **Estar enterado de los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe de los riesgos que puedan incluirse en su cuidado. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de cuidado o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rehusar tratamientos experimentales.
* **El derecho a decir que “no.**” Tiene derecho a rehusar cualquier tratamiento que se le recomiende. Esto incluye el derecho de irse de un hospital u otro tipo de clínica, aún si su médico aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Como es natural, si rehúsa el tratamiento o deja de tomar medicamentos, acepta toda la responsabilidad por lo que le ocurra a su cuerpo como resultado de ello.
* **A recibir una explicación si se le deniega cobertura para la atención médica.** Tiene derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor ha denegado cuidado que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, necesitará pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este manual le dice cómo pedirle una decisión de cobertura al plan.

Tiene derecho a dar instrucciones acerca de lo que debe hacerse si no puede tomar sus propias 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.*]

A veces las personas pierden la habilidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que ocurra si está en esta situación. Esto quiere decir que, *si usted quiere*, puede:

* Rellenar un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas de su parte** si usted llega a perder la habilidad de tomar sus propias decisiones.
* **Darles instrucciones escritas a sus médicos** acerca de la manera en que quiere que administren su atención médica si usted pierde la habilidad de tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman “**instrucciones anticipadas**.” Hay distintos tipos de instrucciones anticipadas y tienen nombres distintos. Los documentos llamados “**testamento vital**” y “**poder notarial para atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si quiere utilizar una “instrucción anticipada” para dar sus instrucciones, esto es lo que tiene que hacer:

* **Obtenga el formulario.** Si quiere tener una instrucción anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social, o de algunas tiendas de suministros de oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucción anticipada de organizaciones que dan información acerca de Medicare. [*Insert if applicable:* También puede ponerse en contacto con Servicios de Miembros para pedir los formularios (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).]
* **Rellénelo y fírmelo.** Sin importar dónde obtuvo este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de hacer que un abogado lo ayude a prepararlo.
* **Déles copias a las personas apropiadas.** Debe darle una copia del formulario a su médico y a la persona que indique en el formulario como la persona que debe tomar decisiones de su parte si usted no puede. Sería buena idea que les diera copias a amigos íntimos o a miembros de su familia también. Asegúrese de guardar una copia en su casa.

Si sabe por adelantado que se le va a hospitalizar, y ha firmado una instrucción anticipada, **llévese una copia al hospital**.

* Si se le admite al hospital, le preguntarán si ha firmado una instrucción anticipada y si la ha traído.
* Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar una.

**Recuerde, usted es el que decide si quiere rellenar una instrucción anticipada** (incluyendo si quiere firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie le puede denegar cuidado ni discriminar contra usted basándose en si ha firmado una instrucción anticipada o no.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones indicadas, puede poner 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 Tiene derecho a poner quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene problemas o inquietudes acerca de sus servicios o cuidado cubiertos, el Capítulo 9 de este manual le dice lo que puede hacer. Da los detalles de cómo abordar todo tipo de problemas y quejas.

Como se explica en el Capítulo 9, lo que necesita hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Puede que necesite pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura, poner una apelación con nosotros para que cambiemos una decisión de cobertura, o poner una queja. Sin importar lo que haga - pedir una decisión de cobertura, poner una apelación, o poner una queja - **se nos requiere que lo tratemos de manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información acerca de las apelaciones y quejas que otros miembros han puesto contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

#### Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que se le está tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

Si tiene que ver con la discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se le han respetado los derechos debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Tiene que ver con alguna otra cosa?

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se le han respetado los derechos *y no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema:

* Puede llamar a **Servicios de Miembros** (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).
* Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos**. Para ver detalles acerca de esta organización y cómo ponerse en contacto con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
* O **puede llamar a Medicare** 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 1.9 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información acerca de sus derechos:

* Puede llamar a **Servicios de Miembros** (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).
* Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (State Health Insurance assistance Program - SHIP)**. Para ver detalles acerca de esta organización y cómo ponerse en contacto con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
* Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
  + Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o bajar la publicación llamada, “Sus Derechos y Protecciones de Medicare.” (La publicación puede encontrarse en: http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf.)
  + 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.

### SECCIÓN 2 Tiene responsabilidades como miembro del plan

#### Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Las cosas que tiene que hacer como miembro del plan se enumeran a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). Estamos aquí para ayudar.

* ***Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.*** *Utilice este manual de* Evidencia de Cobertura *para informarse de lo que está cubierto para usted y de las reglas que necesita seguir para obtener estos servicios cubiertos.*
  + Los Capítulos 3 y 4 dan detalles acerca de sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que hay que seguir, y lo que usted paga.
  + Los Capítulos 5 y 6 dan detalles acerca de su cobertura para medicamentos de receta de Parte D.
* ***Si tiene algún otro tipo de cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos de receta además de nuestro plan, se le requiere que nos lo diga.*** *Llame a Servicios de Miembros para comunicárnoslo (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).* 
  + Se nos requiere que sigamos reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que está utilizando toda su cobertura de manera combinada cuando obtiene servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios**” porque tiene que ver con coordinar los beneficios médicos y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio médico y de medicamentos que tenga disponible. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para mayor información acerca de la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7.)
* ***Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.*** *Enseñe su tarjeta de miembro siempre que reciba atención médica o medicamentos de receta de Parte D.*
* ***Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarlo a usted dándoles información, haciendo preguntas, y dando seguimiento a su atención médica.*** 
  + Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a darle a usted el mejor cuidado posible, obtenga la mayor información posible acerca de sus problemas de salud y déles la información que necesitan acerca de usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerden usted y sus médicos.
  + Asegúrese de que sus médicos estén enterados de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos para los que no se necesita receta, las vitaminas, y los suplementos.
  + Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de manera que pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte otra vez.
* ***Tenga consideración.*** *Requerimos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También requerimos que actúe de una manera que ayude la operación de la oficina de su médico, de los hospitales, y de otras oficinas.*
* ***Pague lo que deba.*** *Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:*
  + [*Insert if applicable:* Debe pagar sus primas del plan para seguir siendo miembro de nuestro plan.]
  + Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Por esa razón, algunos miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte A y la mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte B para seguir siendo miembros del plan.
  + Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento. Esto será un [*insert as appropriate:* copago (una cantidad fija) *OR* coseguro (un porcentaje del costo total) *OR* copago (una cantidad fija) o coseguro (un porcentaje del costo total)]. El Capítulo 4 le dice lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le dice lo que debe pagar por sus medicamentos de receta de Parte D.
  + Si recibe servicios médicos o medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que tenga, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar cobertura para un servicio o medicamento, puede poner una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este manual para ver información acerca de cómo poner 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 que pague una sanción de inscripción tardía, debe pagar la sanción para mantener su cobertura de medicamentos de receta.]
  + Si se le requiere que pague la cantidad extra de Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar la cantidad extra directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
* ***Si se traslada, díganoslo.*** *Si se va a trasladar, es importante que nos lo diga inmediatamente. Llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).*
* **Si se traslada *fuera* del área de servicio de nuestro plan,** [*if a continuation area is offered, insert “generally” here and then explain the continuation area]* **no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 le habla de nuestra área de servicio.) Podemos ayudarlo a determinar si se va a trasladar fuera de nuestra área de servicio. Si se va a ir de nuestra área de servicio, tendrá un Periodo de Inscripción Especial cuando se apunte en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Le podemos comunicar si tenemos un plan en su nueva área.
* **Aún si se traslada *dentro* de nuestra área de servicio, necesitaremos saberlo** para que podamos mantener su registro de miembro al día y saber cómo ponernos en contacto con usted.
* Si se traslada, también es importante que se lo diga al Seguro Social (o la Junta de Retiro Ferroviaria). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
* ***Llame a Servicios de Miembros para pedir ayuda si tiene preguntas o inquietudes.*** *También agradecemos las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan.*
  + Los números de teléfono y las horas para llamar a Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.
  + Para mayor información acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

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

CONTEXTO 177

SECCIÓN 1 Introducción 177

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud 177

Sección 1.2 ¿Y los términos legales? 177

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros 178

Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 178

SECCIÓN 3 Para tratar con su problema, ¿qué proceso debe utilizar? 179

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones y apelaciones de cobertura? ¿O debe utilizar el proceso de poner quejas? 179

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA 180

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de decisiones y apelaciones de cobertura 180

Sección 4.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y poner apelaciones: generalidades 180

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o pone una apelación 181

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles de su situación? 182

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o poner una apelación 182

Sección 5.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si quiere que le devolvamos nuestra parte del costo de su cuidado 183

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o provea la cobertura médica que usted quiere) 184

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo poner una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 187

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se lleva a cabo una Apelación de Nivel 2 191

Sección 5.5 ¿Qué pasa si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica? 193

SECCIÓN 6 Sus medicamentos de receta de Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o poner una apelación 194

Sección 6.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de Parte D o quiere que le devolvamos dinero por un medicamento de Parte D 194

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 196

Sección 6.3 Cosas importantes que saber acerca de pedir excepciones 198

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción 199

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo poner una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 203

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 206

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estancia de hospital más larga si cree que su médico le va a dar de alta demasiado pronto 208

Sección 7.1 Durante su estancia de hospital de paciente interno, recibirá un aviso escrito de Medicare que le hablará de sus derechos 208

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 210

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 213

Sección 7.4 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha tope para poner su Apelación de Nivel 1? 214

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que nuestra cobertura va a acabar demasiado pronto 217

Sección 8.1 *Esta sección trata de tres servicios solamente:* Servicios de cuidado de salud en el hogar, de cuidado de clínica de enfermería especializada, y de Clínica de Rehabilitación Exhaustiva de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF) 217

Sección 8.2 Le diremos por adelantado cuándo va a acabar su cobertura 218

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 1 para hacer que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo 219

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para hacer que su plan cubra su cuidado durante más tiempo 221

Sección 8.5 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha tope para poner su Apelación de Nivel 1? 223

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y después 226

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones de Servicios Médicos 226

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4, y 5 para Apelaciones de Medicamentos de Parte D 228

CÓMO PONER QUEJAS 229

SECCIÓN 10 Cómo poner una queja acerca de la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente, u otras inquietudes 229

Sección 10.1 ¿De qué tipos de problemas se encarga el proceso de quejas? 229

Sección 10.2 El nombre formal de “poner una queja” es “tramitar un agravio” 231

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo poner una queja 232

Sección 10.4 También puede poner quejas acerca de la calidad del cuidado con la Organización de Mejora de Calidad 233

Sección 10.5 También puede comunicarle su queja a Medicare 233

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each “Legal Terms” box is kept on the same page as the box.]*

CONTEXTO

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

* Para algunos tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso de decisiones y apelaciones de cobertura**.
* Para otros tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso de poner quejas**.

Los dos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar que sus problemas se tratan de manera justa y oportuna, cada uno de los procesos tiene un conjunto de reglas, procedimientos, y fechas tope que debemos seguir nosotros y usted.

¿Cuál debe utilizar? Depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que utilizar.

#### Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

Hay términos legales técnicos para algunas de las reglas, los procedimientos, y los tipos de fechas tope que se explican en este capítulo. La mayoría de la gente no conoce estos términos, y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales utilizando palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, por lo general, este capítulo dice “poner una queja” en vez de “tramitar un desagravio,” “decisión de cobertura” en vez de “determinación de organización,” o “determinación de cobertura,” y “Organización de Revisión Independiente” en vez de “Entidad de Revisión Independiente.” También utiliza abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede que sea útil - y a veces muy importante - que conozca los términos legales correctos para la situación en que esté. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse más clara y exactamente cuando aborde su problema y a obtener la ayuda o información apropiadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para abordar tipos específicos de situaciones.

### SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

#### Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

A veces puede ser confuso el empezar o seguir el proceso de abordar un problema. Especialmente si no se siente bien o su energía es limitada. Otras veces, puede que no tenga la información que necesita para el paso siguiente.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero, en algunas situaciones, es posible que quiera también ayuda o consejos de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede ponerse en contacto con su **Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program - SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a asesores en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe utilizar para abordar un problema que tenga. También pueden contestar sus preguntas, darle mayor información, y ofrecer consejos acerca de lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it]* Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este manual.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para mayor información y para obtener ayuda para abordar un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. Aquí tiene dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

* 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.
* Puede visitar el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov).

### SECCIÓN 3 Para tratar con su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

#### Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones y apelaciones de cobertura? ¿O debe utilizar el proceso de poner quejas?

Si tiene un problema o inquietud, todo lo que tiene que hacer es leer las partes de este capítulo que le aplican a su situación. La guía que aparece a continuación lo ayudará.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específico, **EMPIECE AQUÍ**

¿Es su problema o inquietud acerca de sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye problemas acerca de si cierto tipo de atención médica o ciertos medicamentos de receta están cubiertos o no, la manera en que se cubren, y problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos de receta.)

**Sí.** Mi problema es de beneficios o cobertura.

Pase a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Guía de los fundamentos de decisiones y apelaciones de cobertura.”**

**No.** Mi problema no es de beneficios o cobertura.

Pase a la Sección 10 que hay al final de este capítulo: “**Cómo poner una queja acerca de la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente, u otras inquietudes.”**

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA

### SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de decisiones y apelaciones de cobertura

#### Sección 4.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y poner apelaciones: generalidades

El proceso de las decisiones y apelaciones de cobertura trata de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para servicios médicos y medicamentos de receta, incluyendo problemas relacionados con el pago. Éste es el proceso que se utiliza para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la manera en que algo está cubierto.

Cómo pedir decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca de la cantidad que vamos a pagar por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que usted recibe atención médica de él o ella o si su médico de red lo refiere a un especialista médico. Usted o su médico pueden también ponerse en contacto con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si vamos a cubrir un servicio médico en particular o se rehúsa a proveer atención médica que usted cree necesitar. En otras palabras, si usted quiere saber si vamos a cubrir un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.

Tomamos una decisión de cobertura para usted siempre que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos, puede que decidamos que un servicio o medicamento no está cubierto o ha dejado de estar cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede poner una apelación.

Cómo poner una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando pone una apelación, examinamos la decisión de cobertura que hemos tomado para ver si hemos seguido todas las reglas apropiadamente. Su apelación es procesada por examinadores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hemos completado la revisión, le damos nuestra decisión.

Si decimos que no a toda o parte de su Apelación de Nivel 1, puede pasar a una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 se lleva a cabo con una organización independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Si esto ocurre, se lo comunicaremos. En otras situationes, tendrá que pedirnos una Apelación de Nivel 2.) Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales.

#### Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o pone una apelación

¿Desearía ayuda? Aquí tiene recursos que puede que quiera utilizar si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

* Puede **llamarnos a Servicios de Miembros** (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).
* Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con su Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (consulte la Sección 2 de este capítulo).
* **Su médico puede hacer una solicitud de su parte.**
  + Para atención médica, su médico puede hacer una solicitud de cobertura o poner una Apelación de Nivel 1 de su parte. Si su apelación se deniega al Nivel 1, se pasará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar apelaciones después del Nivel 2, su médico debe designarse como su representante.
  + Para los medicamentos de receta de Parte D, su médico u otro recetador puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 de su parte. Para solicitar apelaciones después del Nivel 2, su médico u otro recetador debe designarse como su representante.
* **Puede pedirle a alguien que actúe de su parte.** Si quiere, puede designar a otra persona para que actúe de su parte como su “representante” para pedir una decisión de cobertura o poner una apelación.
  + Puede que haya alguien que esté ya legalmente autorizado para actuar como su representante bajo la ley Estatal.
  + Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) y pida el formulario de “Nombramiento de Representante.” (El formulario también puede encontrarse en el sitio web de Medicare en http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web en [*insert website or link to form*]].) El formulario le da a esa persona permiso para actuar de su parte. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe de su parte. Debe darnos una copia del formulario firmado.
* **También tiene derecho a contratar un abogado para que actúe de su parte.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de una asociación local de abogados u otro servicio de referido. También hay grupos que le darán servicios legales gratuitamente, si es elegible. Sin embargo, **no se le requiere que contrate un abogado** para pedir ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

#### Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles de su situación?

Hay cuatro tipos distintos de situaciones que tienen que ver con decisiones y apelaciones de cobertura. Como cada situación tiene reglas y fechas tope distintas, damos los detalles de cada una de ellas en una sección aparte:

* **La Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o poner una apelación”
* **La Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos de receta de Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o poner una apelación”
* **La Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirnos que cubramos un estancia de hospital de paciente interno más larga si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto”
* **La Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto” (*Aplica a estos servicios solamente*: cuidado médico en el hogar, cuidado de clínica de enfermería especializada, y servicios de Clínica de Rehabilitación Exhaustiva de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF))

Si no está seguro de la sección que debe utilizar, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales tales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3 de este manual tiene los números de teléfono de este programa).

### SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o poner una apelación

question mark. ¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía de “los fundamentos” de las decisiones y apelaciones de cobertura*)? Si no, sería buena idea que la leyera antes de empezar esta sección.



#### Sección 5.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si quiere que le devolvamos nuestra parte del costo de su cuidado

Esta sección es de sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que se cubre y lo que paga usted*). Para simplificar las cosas, generalmente hablamos de “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en vez de repetir “servicios de atención o tratamiento médico” cada vez.

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

1. No se le está dando cierta atención médica que quiere, y cree que este cuidado está cubierto por nuestro plan.

2. Nuestro plan no quiere aprobar la atención médica que su médico u otro proveedor médico le quiere dar, y usted cree que este cuidado está cubierto por el plan.

3. Ha recibido atención o servicios médicos que cree que el plan debería cubrir, pero hemos dicho que no vamos a pagar este cuidado.

4. Ha recibido y pagado atención o servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos por el plan, y quiere pedirle a nuestro plan que le reembolse este cuidado.

5. Se le está diciendo que la cobertura de cierta atención médica que ha recibido que habíamos aprobado anteriormente se reducirá o se detendrá, y usted cree que reducir o detener este cuidado le podría dañar la salud.

* NOTA: **Si la cobertura que se va a detener es para cuidado de hospital, cuidado de salud en el hogar, cuidado de clínica de enfermería especializada, o servicios de Clínica de Rehabilitación Exhaustiva de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF)**, necesita leer una sección aparte de este capítulo porque hay reglas especiales que aplican a estos tipos de cuidado. He aquí lo que debe leerse en esas situaciones:
* Capítulo 9, Sección 7: *Cómo pedirnos que cubramos una estancia de hospital más larga si cree que el médico le va a dar de alta demasiado pronto*.
* Capítulo 9, Sección 8: *Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto*. Esta sección trata de tres servicios solamente: cuidado de salud en el hogar, cuidado de clínica de enfermería especializada, y servicios de CORF.
* Para *todas las otras* situaciones que tienen que ver con que se le haya dicho que el cuidado médico que ha recibido va a detenerse, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuáles de estas situaciones se encuentra usted?

| Si se encuentra en esta situación: | Esto es lo que puede hacer: |
| --- | --- |
| ¿Quiere averiguar si cubriremos la atención o los servicios médicos que quiere? | Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.  Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección** **5.2**. |
| ¿Le hemos dicho ya que no vamos a cubrir o pagar un servicio médico de la manera que quiere que se le cubra o que se le pague? | Puede poner una **apelación**. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos.)  Pase a la **Sección 5.3** de este capítulo. |
| ¿Quiere pedirnos que le devolvamos dinero por atención o servicios médicos que ya ha recibido y pagado? | Puede enviarnos la cuenta.  Pase a la **Sección 5.5** de este capítulo. |

#### Sección 5.2 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o provea la cobertura médica que usted quiere)

| **Términos Legales** |
| --- |
| Cuando una decisión de cobertura tiene que ver con su atención médica, se llama una “**determinación de organización.”** |

Paso 1: Puede pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura acerca de la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida.”

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “**determinación acelerada.”** |

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que quiere

* Lo primero es llamar, escribir o enviar un mensaje por fax a nuestro plan para hacer su solicitud de que autoricemos o proveamos cobertura para la atención médica que quiere. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto.
* Para ver los detalles de cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary] Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando pida una decisión de cobertura acerca de su atención médica*.

Generalmente, utilizamos las fechas tope estándar para darle nuestra decisión

Cuando le demos nuestra decisión, utilizaremos las fechas tope “estándar” a menos que hayamos accedido a utilizar las fechas tope “rápidas.” **Una decisión de cobertura estándar quiere decir que le daremos una respuesta dentro de los 14 días siguientes** a recibir su solicitud.

* **Sin embargo, podemos tardar hasta 14 días de calendario más** si usted pide más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores de fuera de la red) que le pueda ser beneficiosa. Si decidimos tardar días extra para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
* Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando ponga una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas siguientes. (El proceso de poner una queja es distinto del proceso de decisiones y apelaciones de cobertura. Para mayor información acerca del proceso de poner quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”

* **Una decisión de cobertura rápida quiere decir que responderemos dentro de las 72 horas siguientes.** 
  + **Sin embargo, podemos tardar hasta 14 días de calendario más** si vemos que falta información que pudiera beneficiarlo (como registros médicos de proveedores de fuera de la red), o si necesita tiempo para obtener información para que nosotros la examinemos. Si decidimos tardar días extra, se lo comunicaremos por escrito.
  + Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. (Para mayor información acerca del proceso de poner quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.) Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
* **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
  + Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si está pidiendo cobertura de atención médica que *no ha recibido todavía.* (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su petición es de pago de atención médica que ha recibido ya.)
  + Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el utilizar las fechas tope estándar podría *causarle daños graves a su salud o dañar su habilidad de funcionamiento.*
* **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida,” accederemos automáticamente a darle una decisión de cobertura rápida.**
* Si es usted el que pide una decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
  + Si decidimos que su condición médica no reúne los requisitos de una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo diga (y utilizaremos las fechas tope estándar en vez de ello).
  + Esta carta le dirá que si su médico pide una decisión de cobertura rápida, otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
  + La carta también dirá cómo puede poner una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en vez de la decisión de cobertura rápida que ha solicitado. (Para mayor información acerca del proceso de poner quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Fechas tope para una “decisión de cobertura rápida”

* Generalmente, para una decisión de cobertura rápida, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas siguientes**.
  + Como se ha explicado, podemos tardar hasta 14 días de calendario más bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tardar días extra para tomar la decisión de cobertura, se lo comunicaremos por escrito.
  + Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando ponga una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas siguientes. (Para mayor información acerca del proceso de poner quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
  + Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes (o si hay un periodo de tiempo más largo, para el final de ese periodo), tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 le dice cómo poner una apelación.
* **Si nuestra respuesta es que sí a parte de o todo lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proveer la cobertura médica que hemos accedido a proveer dentro de las 72 horas siguientes a recibir su solicitud. Si hemos alargado el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proveeremos la cobertura para el final de ese periodo de tiempo más largo.
* **Si nuestra respuesta es que no a parte de o todo lo que ha solicitado,** le enviaremos una explicación escrita detallada de por qué hemos dicho que no.

Fechas tope para una “decisión de cobertura estándar”

* Generalmente, para una decisión de cobertura estándar, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días siguientes a recibir su solicitud.**
  + Podemos tardar hasta 14 días de calendario más (“un periodo de tiempo más largo”) bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tardar días extra para tomar la decisión de cobertura, se lo comunicaremos por escrito.
  + Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando ponga una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas siguientes. (Para mayor información acerca del proceso de poner quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
  + Si no le damos nuestra respuesta dentro de 14 días siguientes (o si hay un periodo de tiempo más largo, para el final de ese periodo), tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 le dice cómo poner una apelación.
* **Si nuestra respuesta es que sí a parte de o todo lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proveer la cobertura médica que hemos accedido a proveer dentro de los 14 días siguientes a recibir su solicitud. Si hemos alargado el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proveeremos la cobertura para el final de ese periodo de tiempo más largo.
* **Si nuestra respuesta es que no a parte de o todo lo que ha solicitado,** le enviaremos una explicación escrita detallada de por qué hemos dicho que no.

Paso 3: Si decimos que no a su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si quiere poner una apelación.

* Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos - y quizá cambiemos - esta decisión poniendo una queja. Poner una queja quiere decir hacer otro intento de obtener la cobertura de atención médica que quiere.
* Si decide poner una apelación, quiere decir pasar al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3).

#### Sección 5.3 Paso a paso: Cómo poner una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una 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 médica se llama una “**reconsideración**” del plan. |

Paso 1: Usted se pone en contacto con nosotros y pone su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una “apelación rápida.”

Qué hacer

* **Para empezar una apelación, usted, su médico, o su representante debe ponerse en contacto con nosotros.** Para ver detalles acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros por cualquier razón relacionada con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary] Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando ponga una apelación acerca de su atención médica.*
* **Si está pidiendo una apelación estándar, ponga su apelación estándar por escrito poniendo una petición.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede pedir una apelación llamándonos al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1 *[plan may edit section title as needed]* (*How to contact us when you are making an appeal about your medical care*).]
  + Si ha hecho que alguien que no sea su médico apele nuestra decisión, su apelación debe incluir un formulario de Designación de Representante autorizando a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) y pida el formulario de “Designación de Representante.” También puede encontrarse en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web en [*insert website or link to form*]]. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días siguientes a recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha tope para tomar una decisión acerca de su apelación), su solicitud de apelación se enviará a la Organización de Revisión Independiente para que se desestime.
* **Si está solicitando una apelación rápida, ponga su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1 *[plan may edit section title as needed]*(*Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando pone una apelación acerca de su atención médica*).
* **Debe poner su solicitud de apelación dentro de los 60 días de calendario siguientes** a la fecha del aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se le pasa esta fecha tope y tiene una buena razón para que se le haya pasado, puede que le demos más tiempo para poner su apelación. Ejemplos de buenas razones para que se le pase la fecha tope pueden incluir si ha tenido una enfermedad grave que evitó que se pusiera en contacto con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta acerca de la fecha tope para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia de la información referente a su decisión médica y añadir más información para apoyar su apelación.**
  + Tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite que cobremos una tarifa para copiarle y enviarle esta información.]
  + Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “apelación rápida” se llama también una “**reconsideración acelerada.”** |

Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” (puede poner una solicitud llamándonos)

* Si va a apelar una decisión que hemos tomado acerca de cobertura de cuidado que no ha recibido todavía, usted y/o su médico necesitarán decidir si necesita una “apelación rápida.”
* Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los de obtener una “decisión de cobertura rápida.” Para pedir una apelación rápida, siga las instrucciones de pedir una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se han dado antes en esta sección.)
* Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida,” le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

* Cuando nuestro plan está revisando su apelación, examinamos nueva y cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Miramos a ver si habíamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
* Recolectaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas tope para una “apelación rápida”

* Cuando utilizamos las fechas tope rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes de eso si su salud requiere que lo hagamos.
  + Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos recolectar más información que le pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días de calendario más**. Si decidimos tardar días extra para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
  + Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes (o para el final del periodo de tiempo más largo, si tardamos días extra), se nos requiere que enviemos su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una organización independiente. Más adelante en esta sección le hablaremos de esta organización y explicaremos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta es que sí a parte de o todo lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta es que no a parte de o todo lo que ha solicitado,** le enviaremos un aviso escrito de denegación informándole de que hemos enviado su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Fechas tope para una “apelación estándar”

* Si estamos utilizando las fechas tope estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días de calendario** siguientes a recibir su apelación si su apelación es acerca de cobertura de servicios que no ha recibido todavía. Le daremos nuestra decisión antes de eso si su condición médica así nos lo requiere.
  + Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos recolectar más información que le pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días de calendario más.**
  + Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando ponga una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas siguientes. (Para mayor información acerca del proceso de poner quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
  + Si no le damos nuestra respuesta para la fecha tope indicada (o para el final del periodo de tiempo más largo, si tardamos días extra), se nos requiere que enviemos su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una organización independiente. Más adelante en esta sección le hablaremos de esta organización y explicaremos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta es que sí a parte de o todo lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de los 30 días siguientes a recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta es que no a parte de o todo lo que ha solicitado,** le enviaremos un aviso escrito de denegación informándole de que hemos enviado su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan dice que no a parte de o toda su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones.

* Para garantizar que habíamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación, **se nos requiere que enviemos su apelación a la “Organización de Revisión Independiente.**” Cuando hacemos esto, quiere decir que su apelación va a pasar al nivel siguiente del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

#### Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se lleva a cabo una Apelación de Nivel 2

Si decimos que no a su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** examina nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity- IRE).”** |

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente examina su apelación.

* **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se llama el “archivo de su caso.” **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite que cobremos una tarifa por copiarle y enviarle esta información.]
* Tiene derecho a darle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para apoyar su apelación.
* Los examinadores de la Organización de Revisión Independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tenía una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá también una “apelación rápida” en el Nivel 2

* Si tenía una apelación rápida con nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas siguientes** a recibir su apelación.
* Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita recolectar más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días de calendario más**.

Si tenía una “apelación estándar” en el Nivel 1, tendrá también una “apelación estándar” en el Nivel 2

* Si tenía una apelación estándar con nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días de calendario siguientes** a recibir su apelación.
* Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita recolectar más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días de calendario más**.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones.

* **Si la organización de revisión dice que sí a parte de o todo lo que ha solicitado,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas siguientes o proveer el servicio dentro de los 14 días de calendario siguientes a recibir la decisión de la organización de revisión.
* **Si esta organización dice que no a parte de o toda su apelación,** quiere decir que están de acuerdo con nosotros con que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama “mantener la decisión.” También se llama “denegar su apelación.”)
  + Debe haber un cierto valor monetario que debe disputarse para proseguir con el proceso de apelaciones. Por ejemplo, para proseguir y poner otra apelación al Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de atención médica que está solicitando debe satisfacer una cierta cantidad mínima. Si el valor monetario de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede poner otra apelación, lo cual quiere decir que la decisión de Nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le dirá cómo averiguar la cantidad de dólares para proseguir el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso satisface los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

* Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (dando un total de cinco niveles de apelación).
* Si se le deniega su Apelación de Nivel 2 y satisface los requisitos para proseguir con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere proseguir al Nivel 3 y poner una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso escrito que recibió después de su Apelación de Nivel 2.
* La Apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de ley administrativa. La Sección 9 de este capítulo le habla más de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 5.5 ¿Qué pasa si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?

Si quiere pedirnos pago por atención médica, lo primero es leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales puede que necesite pedir reembolso o que se pague una factura que haya recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos los papeles que nos piden el pago.

Pedirnos reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía los documentos que piden reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para mayor información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, miraremos a ver si la atención médica por la que ha pagado es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que se cubre y lo que paga usted*)). También miraremos a ver si ha seguido todas las reglas para utilizar su cobertura de atención médica (estas reglas se dan en el Capítulo 3 de este manual: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos cubiertos*).

Diremos sí o no a su solicitud

* Si la atención médica por la que pagó está cubierta y usted ha seguido todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir su petición. O, si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviemos el pago, es lo mismo que decir que sí a su solicitud de decisión de cobertura.
* Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* ha seguido todas las reglas, no enviaremos el pago. En vez de ello, le enviaremos a usted una carta que diga que no vamos a pagar los servicios y las razones en detalle. (Cuando denegamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir que no a su solicitud de decisión de cobertura.)

¿Qué pasa si pide pago y nosotros decimos que no vamos a pagar?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede poner una apelación**. Si pone una apelación, quiere decir que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago.

**Para poner esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la parte 5.3 de esta sección**. Consulte esta parte para ver instrucciones de paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

* Si pone una apelación de reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir su apelación. (Si nos está pidiendo que le devolvamos dinero por atención médica que ha recibido ya y que ha pagado usted mismo, no se le permite que pida una apelación rápida.)
* Si la Organización de Revisión Independiente contradice nuestra decisión de denegar pago, debemos enviarle el pago que ha solicitado a usted o al proveedor dentro de los 30 días de calendario siguientes. Si la respuesta a su apelación es que sí en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días de calendario siguientes.

### SECCIÓN 6 Sus medicamentos de receta de Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o poner una apelación

question mark. ¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía de fundamentos de decisiones y apelaciones de cobertura*)? Si no, sería buena idea que la leyera antes de empezar esta sección.



#### Sección 6.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de Parte D o quiere que le devolvamos dinero por un medicamento de Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura por muchos medicamentos de receta. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum).* Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada médicamente. (Una “indicación aceptada médicamente” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyada por ciertos otros libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para mayor información acerca de indicaciones aceptadas médicamente.)

* **Esta sección trata de sus medicamentos de Parte D solamente.** Para simplificar las cosas, generalmente, decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en vez de repetir “medicamento de receta cubierto de paciente ambulatorio” o “medicamento de Parte D” cada vez.
* Para ver detalles acerca de lo que queremos decir con medicamentos de Parte D, la Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum), reglas y restricciones de cobertura, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos de receta de Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos de receta de Parte D*)*.*

Decisiones y apelaciones de cobertura de Parte D

Como ya hemos dicho en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de Parte D se llama una “**determinación de cobertura.”** |

He aquí ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos pide que tomemos acerca de sus medicamentos de Parte D:

* Nos pide que hagamos una excepción, incluyendo:
  + Pedirnos que cubramos un medicamento de Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum)* del plan
  + Pedirnos que otorguemos una exención a una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como en cuanto a límites de la cantidad de medicamento que puede obtener)
  + [*Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]* Pedirnos que paguemos una cantidad de costo compartido más baja por un medicamento no preferido cubierto
* Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si satisface las reglas de cobertura que apliquen. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum*), pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de que se lo cubramos.)
  + *Tenga en cuenta:* Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse de la manera que se ha redactado, recibirá un aviso escrito explicando cómo ponerse en contacto con nosotros para pedir una decisión de cobertura.
* Nos pide que paguemos un medicamento de receta que ya ha comprado. Ésta es una solicitud de decisión de cobertura acerca del pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le dice cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice la tabla que aparece a continuación para ayudarlo a determinar la parte que tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

| ¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que otorguemos una exención a una regla o restricción de un medicamento que cubrimos? | ¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y cree que satisface algunas de las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita? | ¿Quiere pedirnos que le devolvamos dinero por un medicamento que ya ha recibido y pagado? | ¿Le hemos dicho ya que no vamos a cubrir o pagar un medicamento de la manera que quiere que se cubra o se pague? |
| --- | --- | --- | --- |
| Puede pedirnos que hagamos una excepción.  (Éste es un tipo de decisión de cobertura.)  Empiece con la **Sección 6.2** de este capítulo. | Puede pedirnos una decisión de cobertura.  Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo. | Puede pedirnos que le devolvamos el dinero.  (Éste es un tipo de decisión de cobertura.)  Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo. | Puede poner una apelación.  (Esto quiere decir que nos va a pedir que reconsideremos.)  Pase a la **Sección 6.5** de este capítulo. |

#### Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que desea que se cubra, nos puede pedir que hagamos una “excepción.” Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Como en otros tipos de decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pida una excepción, su médico u otro recetador necesitará explicar las razones médicas por las que necesita que se le apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Aquí tiene [*insert as applicable:* dos *OR* tres] ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro recetador pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum).*** (La llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar.)

| **Términos Legales** |
| --- |
| Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos se llama a veces pedir una “**excepción de vademécum.”** |

* Si accedemos a hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, necesitará pagar la cantidad de costo compartido que aplica a [*insert as appropriate:* todos nuestros medicamentos *OR* los medicamentos de *[insert exceptions tier] OR* los medicamentos de *[insert exceptions tier*] para los medicamentos de marca o *[insert exceptions tier]* para los medicamentos genéricos*].* No puede pedir una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.

1. **Quitar una restricción de cobertura para un medicamento cubierto.** Hay reglas o restricciones extra que aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum)* (para mayor información, consulte en Capítulo 5 y busque la Sección 4).

| **Términos Legales** |
| --- |
| Pedir que se quite una restricción de cobertura para un medicamento se llama a veces pedir una “**excepción de vademécum.”** |

* Las reglas y restricciones extra para la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
  + *[Omit if plan does not use generic substitution] Que se le requiera que utilice la versión genérica* de un medicamento en vez del medicamento de marca.
  + *[Omit if plan does not use prior authorization] Obtener la aprobación del plan por adelantado* antes de que accedamos a cubrirle el medicamento. (Esto se llama a veces “autorización previa.”)
  + *[Omit if plan does not use step therapy] Que se le requiera que pruebe un medicamento distinto primero* antes de que accedamos a cubrir el medicamento que está pidiendo. (Esto se llama a veces “terapia escalonada.”)
  + *[Omit if plan does not use quantity limits] Límites de cantidad*. Para algunos medicamentos, hay restricciones de la cantidad del medicamento que puede tener.
* Si accedemos a hacer una excepción y le otorgamos una exención, puede pedir una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.

**3.** [*Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this section]* **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos están en uno de *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo es el número de nivel de costo compartido, menor es la parte que paga usted por el costo del medicamento.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se llama a veces pedir una “**excepción al nivel de cobertura.”** |

* Si su medicamento está en [*insert name of non-preferred/highest cost-sharing tier subject to the tiering exceptions process*] puede pedirnos que lo cubramos con la cantidad de costo compartido que aplica a los medicamentos de [*insert name of /lowest cost-sharing tier subject to the tiering exceptions process]*. Esto reduciría su parte del costo del 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:* No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ninguno de los medicamentos de [*insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier*].]

#### Sección 6.3 Cosas importantes que saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe darnos las razones médicas

Su médico u otro recetador debe darnos una declaración que explique las razones médicas de solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro recetador cuando pida la excepción.

Generalmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas distintas posibilidades se llaman medicamentos “alternos.” Si un medicamento alterno sería igualmente efectivo que el medicamento que está solicitando y no ocasionaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos decir sí o no a su solicitud

* Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación, por lo general, es válida hasta el final del año del plan. Esto es verdad siempre que su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y efectivo para tratar su condición.
* Si decimos que no a su solicitud de excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión poniendo una apelación. La Sección 6.5 habla de cómo poner una apelación si decimos que no.

La sección siguiente le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

#### Sección 6.4 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Paso 1: Usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura acerca del medicamento o los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que hagamos una “decisión de cobertura rápida.” No puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le devolvamos dinero por un medicamento que ya ha comprado.

Qué hacer

* **Solicite el tipo de decisión de cobertura que quiere.** Lo primero es llamar, escribir o enviar un mensaje por fax a nuestro plan para hacer su solicitud. Usted, su representante, o su médico (u otro recetador) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para ver los detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary] Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando va a pedir una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos de receta de Parte D.* O si nos va a pedir que le devolvamos dinero por un medicamento, vaya a la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary] Dónde enviar una solicitud que nos pide que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que ha recibido.*
* **Usted o su médico u otra persona que esté actuando de su parte** puede pedir una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo habla de cómo darle permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede hacer que un abogado actúe de su parte.
* **Si quiere pedirnos que le devolvamos dinero por un medicamento,** lo primero que tiene que hacer es leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede que necesite pedir reembolso. También le dice cómo enviarnos los papeles que nos piden que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento que ha pagado.
* **Si está solicitando una excepción, provea la “declaración de apoyo.”** Su médico u otro recetador debe darnos las razones médicas de la excepción de medicamento que está solicitando. (A esto lo llamamos la “declaración de apoyo.”) Su médico u otro recetador puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro recetador nos lo puede decir por teléfono y después enviarnos por fax o por correo una declaración escrita, si es necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para mayor información acerca de las solicitudes de excepción.
* **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita,** incluyendo una solicitud enviada con el Formulario Ejemplo de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS [*insert if applicable:* o con el formulario de nuestro plan], que [*insert if applicable:* puede *OR* pueden] encontrarse en nuestro sitio 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.*]

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “**determinación de cobertura acelerada.”** |

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”

* Cuando le demos nuestra decisión, utilizaremos las fechas tope “estándar” a menos que hayamos accedido a utilizar las fechas tope “rápidas.” Una decisión de cobertura estándar quiere decir que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida quiere decir que responderemos dentro de las 24 horas siguientes.
* **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
  + Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si está pidiendo *un medicamento que* *no ha recibido todavía.* (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le devolvamos dinero por un medicamento que ha comprado ya.)
  + Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el utilizar las fechas tope estándar podría *causarle daños graves a su salud o dañar su habilidad de funcionamiento.*
* **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida,” accederemos automáticamente a darle una decisión de cobertura rápida.**
* Si es usted el que pide una decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico u otro recetador), decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
  + Si decidimos que su condición médica no reúne los requisitos de una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo diga (y utilizaremos las fechas tope estándar en vez de ello).
  + Esta carta le dirá que si su médico u otro recetador pide una decisión de cobertura rápida, otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
  + La carta también dirá cómo puede poner una queja acerca de nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en vez de la decisión de cobertura rápida que ha solicitado. Le dice cómo poner una “queja rápida,” lo cual quiere decir que recibiría nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas siguientes. (El proceso de poner una queja es distinto del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para mayor información acerca del proceso de poner quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas tope para una “decisión de cobertura rápida”

* Si utlizamos las fechas tope rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas siguientes**.
  + Generalmente, esto quiere decir dentro de las 24 horas siguientes a recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas siguientes a recibir la declaración de su médico en apoyo de su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes de eso si su salud así lo requiere.
  + Si nos pasamos de esa fecha tope, se nos requiere que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos de esta organización de revisión y explicaremos lo que ocurre en el Nivel 2 de Apelaciones.
* **Si nuestra respuesta es que sí a parte de o todo lo que ha solicitado,** debemos proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 24 horas siguientes a recibir su solicitud o la declaración del médico en apoyo de su solicitud.
* **Si nuestra respuesta es que no a parte de o todo lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo apelar.

Fechas tope para una “decisión de cobertura estándar” acerca de un medicamento que no ha recibido todavía

* Si utilizamos las fechas tope estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas siguientes.**
  + Generalmente, esto quiere decir dentro de las 72 horas siguientes a recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes a recibir la declaración de su médico en apoyo de su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes de eso si su salud así lo requiere.
  + Si nos pasamos de esa fecha tope, se nos requiere que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos de esta organización de revisión y explicaremos lo que ocurre en el Nivel 2 de Apelaciones.
* **Si nuestra respuesta es que sí a parte de o todo lo que ha solicitado –** 
  + Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos accedido a proveer **dentro de las 72 horas siguientes** a recibir su solicitud o la declaración del médico en apoyo de su solicitud.
* **Si nuestra respuesta es que no a parte de o todo lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo apelar.

Fechas tope para una “decisión de cobertura estándar” acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

* Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días de calendario siguientes** a recibir su solicitud.
* Si nos pasamos de esa fecha tope, se nos requiere que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos de esta organización de revisión y explicaremos lo que ocurre en el Nivel 2 de Apelaciones.
* **Si nuestra respuesta es que sí a parte de o todo lo que ha solicitado,** también se nos requiere que le paguemos dentro de los 14 días siguientes a recibir su solicitud.
* **Si nuestra respuesta es que no a parte de o todo lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo apelar.

Paso 3: Si decimos que no a su solicitud de cobertura, usted decide si quiere poner una apelación.

* Si decimos que no, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación quiere decir pedirnos que reconsideremos - y quizá cambiemos - la decisión que hemos tomado.

#### Sección 6.5 Paso a paso: Cómo poner una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de un medicamento de Parte D se llama una “**redeterminación**” del plan. |

Paso 1: Usted se pone en contacto con nosotros y pone su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una “apelación rápida.”

Qué hacer

* **Para empezar una apelación, usted (o su representante, o su médico u otro recetador) debe ponerse en contacto con nosotros.**
  + Para ver detalles acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax, o correo, por cualquier razón relacionada con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary] Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando ponga una apelación acerca de sus medicamentos de receta de Parte D.*
* **Si está pidiendo una apelación estándar, ponga su apelación enviando una petición escrita.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede pedir una apelación llamándonos al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1 *[plan may edit section title as needed]* (*How to contact us when you are making an appeal about your Part D prescription drugs*).]
* **Si está pidiendo una apelación rápida, puede poner su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1** *[plan may edit section title as needed]*(*Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando pone una apelación acerca de sus medicamentos de receta de Parte D*).
* **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita,** incluyendo una solicitud enviada con el Formulario Ejemplo de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS que puede encontrarse en nuestro sitio 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 poner su solicitud de apelación dentro de los 60 días de calendario siguientes** a la fecha del aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se le pasa esta fecha tope y tiene una buena razón para que se le haya pasado, puede que le demos más tiempo para poner su apelación. Ejemplos de buenas razones para que se le pase la fecha tope pueden incluir si ha tenido una enfermedad grave que evitó que se pusiera en contacto con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta acerca de la fecha tope para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
  + Tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite que cobremos una tarifa para copiarle y enviarle esta información.]
  + Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “apelación rápida” se llama también una “**redeterminación acelerada.”** |

Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida”

* Si va a apelar una decisión que hemos tomado acerca de un medicamento que no ha recibido todavía, usted y su médico u otro recetador necesitarán decidir si necesita una “apelación rápida.”
* Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los de obtener una “decisión de cobertura rápida” de la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

* Cuando revisamos su apelación, examinamos otra vez cuidadosamente toda la información de su solicitud de cobertura. Miramos a ver si habíamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Puede que nos pongamos en contacto con usted o su médico u otro recetador para obtener información.

Fechas tope para una “apelación rápida”

* Si utilizamos las fechas tope rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes de eso si su salud requiere que lo hagamos.
  + Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes, se nos requiere que enviemos su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección le hablaremos de esta organización de revisión y explicaremos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta es que sí a parte de o todo lo que ha solicitado,** debemos proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta es que no a parte de o todo lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué hemos dicho que no y cómo apelar nuestra decisión.

Fechas tope para una “apelación estándar”

* Si estamos utilizando las fechas tope estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días de calendario** siguientes a recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes de eso si no ha recibido el medicamento todavía y su condición médica así nos lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, debe pedir una “apelación rápida.”
  + Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 7 días de calendario siguientes, se nos requiere que enviemos su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección le hablaremos de esta organización de revisión y explicaremos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta es que sí a parte de o todo lo que ha solicitado –** 
  + Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos proveer la cobertura que hemos accedido a proveer tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más de 7 días de calendario** después de que recibamos su apelación.
  + Si aprobamos una solicitud de devolverle dinero por un medicamento que ha comprado ya, se nos requiere que le **enviemos el pago dentro de los 30 días de calendario siguientes** a recibir su solicitud de apelación.
* **Si nuestra respuesta es que no a parte de o todo lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué hemos dicho que no y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si decimos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y poner *otra* apelación.

* Si decimos que no a su apelación, entonces usted decide si aceptar esta decisión o continuar con otra apelación.
* Si decide poner otra apelación, quiere decir que su apelación va a pasar al Nivel 2 del proceso de apelaciones (lea lo indicado a continuación).

#### Sección 6.6 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2

Si decimos que no a su apelación, entonces usted decide si aceptar esta decisión o continuar con otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente” (“Independent Review Entity”** - **“IRE).”** |

Paso 1: Para poner una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante o su médico u otro recetador) debe ponerse en contacto con la Organización de Revisión Independiente y pedir una revisión de su caso.

* Si decimos que no a su Apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo poner una Apelación de Nivel 2** con la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede poner esta Apelación de Nivel 2, qué fechas tope debe seguir, y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión.
* Cuando ponga una apelación con la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tengamos acerca de su apelación a esta organización. Esta información se llama el archivo de su caso. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite que le cobremos una tarifa por copiarle y enviarle esta información.]
* Tiene derecho a darle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para apoyar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente examina su apelación y le da una respuesta.

* **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para examinar nuestras decisiones acerca de los beneficios de Parte D que usted tiene con nosotros.
* Los examinadores de la Organización de Revisión Independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y explicará las razones de la decisión.

Fechas tope para la “apelación rápida” en el Nivel 2

* Si su salud lo requiere, pídale una “apelación rápida” a la Organización de Revisión Independiente.
* Si la organización de revisión accede a darle una “apelación rápida,” la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas siguientes a recibir su solicitud de apelación.
* **Si la Organización de Revisión Independiente dice que sí a parte de o todo lo que ha solicitado** debemos proveer la cobertura del medicamento que aprobó la organización de revisión **dentro de las 24 horas siguientes** a recibir la decisión de la organización de revisión.

Fechas tope para la “apelación estándar” en el Nivel 2

* Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días de calendario siguientes** a recibir su apelación.
* **Si la Organización de Revisión Independiente dice que sí a parte de o todo lo que ha solicitado –** 
  + Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos proveer la cobertura del medicamento que aprobó la organización de revisión **dentro de las 72 horas siguientes** a recibir la decisión de la organización de revisión.
  + Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de devolverle dinero por un medicamento que ha comprado ya, se nos requiere que le **enviemos el pago dentro de los 30 días de calendario siguientes** a recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice que no a su apelación?

Si esta organización dice que no a su apelación, quiere decir que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “mantener la decisión.” También se llama “denegar su apelación.”)

Para continuar y hacer otra apelación al Nivel 3, el valor monetario del medicamento que está solicitando debe satisfacer una cierta cantidad mínima. Si el valor monetario de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede poner otra apelación y la decisión de Nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le dirá el valor monetario que debe disputarse para proseguir el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor monetario de la cobertura que está solicitando satisface el requisito, usted decide si quiere proseguir con su apelación.

* Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (dando un total de cinco niveles de apelación).
* Si se le deniega su Apelación de Nivel 2 y satisface los requisitos para proseguir con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere proseguir al Nivel 3 y poner una tercera apelación. Si decide poner una tercera apelación, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
* La Apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de ley administrativa. La Sección 9 de este capítulo le habla más de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estancia de hospital más larga si cree que su médico le va a dar de alta demasiado pronto

Cuando se le admite a un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para mayor información acerca de la cobertura de su cuidado de hospital, incluyendo las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)*.

Durante su estancia de hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que se vaya del hospital. También ayudarán a hacer los arreglos de cuidado que pueda necesitar después de irse.

* El día en que se va del hospital se llama su “**fecha de alta**.” La cobertura de nuestro plan para su estancia de hospital termina esa fecha.
* Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital nos lo comunicará.
* Si cree que se le está pidiendo que se vaya del hospital demasiado pronto, puede pedir una estancia de hospital más larga y su solicitud se considerará. Esta sección le dice cómo pedirlo.

#### Sección 7.1 Durante su estancia de hospital de paciente interno, recibirá un aviso escrito de Medicare que le hablará de sus derechos

Durante su estancia en el hospital, se le dará un aviso escrito llamado *Un Mensaje Importante de Medicare acerca de Sus Derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se les admite a un hospital. Alguien del hospital (por ejemplo, una trabajadora de caso o una enfermera) debe dárselo dentro de los dos días siguientes a que se le admita. Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). 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.

**1. Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo entiende.** Le habla de sus derechos como paciente de hospital, incluyendo:

* Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo haya ordenado su médico. Esto incluye el derecho a saber lo que son esos servicios, quién va a pagarlos, y dónde puede obtenerlos.
* Su derecho a participar en las decisiones referentes a su estancia en el hospital, y a saber quién va a pagar por ella.
* Dónde reportar inquietudes que pueda tener acerca de la calidad de su cuidado de hospital.
* Su derecho a apelar su decisión de alta si cree que se le está dando de alta del hospital demasiado pronto.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El aviso escrito de Medicare le dice cómo puede “**solicitar una revisión inmediata**.” Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de pedir un retraso de su fecha de alta para que cubramos su cuidado de hospital durante más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le dice cómo puede solicitar una revisión inmediata.) |

**2. Debe firmar el aviso escrito para indicar que lo ha recibido y entiende sus derechos.**

* Usted o alguien que esté actuando de su parte debe firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le dice cómo puede dar permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.)
* Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información acerca de sus derechos. El aviso no da su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le dirá su fecha de alta). Firmar el aviso ***no* quiere decir** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Guarde su copia** del aviso firmado para que tenga la información acerca de poner una apelación (o reportar una inquietud acerca de la calidad de cuidado) a mano si la necesita.

* Si firma el aviso más de 2 días antes del día en que se vaya del hospital, recibirá otra copia antes de que se haya programado que se le dé de alta.
* Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) o 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. También puede verlo en línea en http://www.cms.gov/BNI/12\_HospitalDischargeAppealNotices.asp.

#### Sección 7.2 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si quiere pedir que cubramos sus servicios de hospital de paciente interno durante más tiempo, necesitará utilizar el proceso de apelaciones para poner esta solicitud. Antes de empezar, debe entender lo que necesita hacer y saber las fechas tope.

* **Siga el proceso.** Cada uno de los pasos de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
* **Observe las fechas tope**. Las fechas tope son importantes. Asegúrese de entender y seguir las fechas tope que aplican a las cosas que debe hacer.
* **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). O llame a su Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos, una organización gubernamental que provee ayuda especializada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de Calidad examina su apelación.** Mira a ver si la fecha en que se piensa darlo de alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización de Mejora de Calidad de su estado y pida una “revisión rápida” de su alta de hospital. No se demore.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “revisión rápida” se llama también una “**revisión inmediata.”** |

¿Qué es la Organización de Mejora de Calidad?

* Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que paga el gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. Esto incluye revisar fechas de alta de hospital para las personas con Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

* El aviso escrito que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare acerca de Sus Derechos*) le dice cómo ponerse en contacto con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección, y el número de teléfono de la Organización de Mejora de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este manual.)

No se demore:

* Para poner su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización de Mejora de Calidad *antes* de irse del hospital y **antes de la fecha de alta que se le ha programado**. (La fecha de alta que se le ha programado es la fecha que se ha establecido para que se vaya del hospital.)
  + Si satisface esta fecha tope, se le permite que se quede en el hospital después de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera a recibir la decisión de su apelación de la Organización de Mejora de Calidad.
  + Si no satisface esta fecha tope y decide quedarse en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, *puede que tenga pagar todos los costos* del cuidado de hospital que reciba después de la fecha en que se ha programado darlo de alta.
* Si se le pasa la fecha tope para ponerse en contacto con la Organización de Mejora de Calidad acerca de su apelación, puede poner su apelación directamente con nuestro plan en vez de ello. Para ver los detalles acerca de esta otra manera de poner su apelación, consulte la Sección 7.4.

Pida una “revisión rápida”:

* Debe pedirle a la Organización de Mejora de Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Pedir una “revisión rápida” quiere decir que está pidiendo que la organización utilice las fechas tope “rápidas” para una apelación en vez de utilizar las fechas tope estándar.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “**revisión rápida**" se llama también una “**revisión inmediata**” o una “**revisión acelerada**.” |

Paso 2: La Organización de Mejora de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

* Los profesionales de salud de la Organización de Mejora de Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le pedirán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de sus servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
* Los revisores examinarán también su información médica, hablarán con su médico, y examinarán información que el hospital y nosotros les hemos dado.
* Para el mediodía del día después de que los revisores informen a nuestro plan de su apelación, recibirá también un aviso escrito que dará la fecha de alta que se le ha programado y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé de alta esa fecha.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Esta explicación escrita se llama “**Aviso Detallado de Alta**.” Puede obtener un ejemplo de este aviso llamando a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) o 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 puede ver un ejemplo del aviso en línea en http://www.cms.hhs.gov/BNI/ |

Paso 3: Dentro de un día completo siguiente a tener toda la información necesaria, la Organización de Mejora de Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es que sí?

* Si la organización de revisión dice que sí a su apelación, **debemos seguir proporcionándole servicios de hospital de paciente interno durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios**.
* Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como los deducibles o copagos, si aplican). Además, puede que haya limitaciones en sus servicios de hospital cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué ocurre si la respuesta es que no?

* Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación, están diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios de hospital de paciente interno terminará** al mediodía del día después de que la Organización de Mejora de Calidad le dé su respuesta a su apelación.
* Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** del cuidado de hospital que reciba después del mediodía del día después de que la Organización de Mejora de Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es que no, usted decide si quiere poner otra apelación.

* Si la Organización de Mejora de Calidad ha denegado su apelación *y* usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner otra apelación. Poner otra apelación quiere decir que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

#### Sección 7.3 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización de Mejora de Calidad ha denegado su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, le pide a la Organización de Mejora de Calidad que examine otra vez la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejora de Calidad deniega su Apelación de Nivel 2, puede que tenga que pagar el costo completo de su estancia después de la fecha en que se ha programado darlo de alta.

Éstos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización de Mejora de Calidad otra vez y pide otra revisión.

* Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días de calendario siguientes** al día en que la Organización de Mejora de Calidad dijo que *no* a su Apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solamente si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Paso 2: La Organización de Mejora de Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización de Mejora de Calidad examinarán cuidadosamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de calendario siguientes, los revisores de la Organización de Mejora de Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

* **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización de Mejora de Calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su cuidado de hospital de paciente interno durante todo el tiempo que sea médicamente necesario**.
* Usted debe seguir pagando su parte de los costos y puede que apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

* Quiere decir que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1 y no van a cambiarla. Esto se llama “mantener la decisión.”
* El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si desea proseguir con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo proceder al siguiente nivel de apelación, del que se encarga un juez.

Paso 4: Si la respuesta es que no, necesitará decidir si quiere continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

* Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (con un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión deniega su Apelación de Nivel 2, puede elegir si aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y poner otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez.
* La Sección 9 de este capítulo le habla más de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 7.4 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha tope para poner su Apelación de Nivel 1?

Puede ponernos la apelación a nosotros en vez de ello

Como se ha explicado anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar sin demora para ponerse en contacto con la Organización de Mejora de Calidad para empezar su primera apelación de su alta de hospital. (“Sin demora” quiere decir antes de irse del hospital y antes de la fecha en que se ha programado darle de alta.) Si se le pasa la fecha tope para ponerse en contacto con esta organización, hay otra manera de poner su apelación.

Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo poner una Apelación *Alterna* de Nivel 1

Si se le pasa la fecha tope para ponerse en contacto con la Organización de Mejora de Calidad, puede ponernos una apelación a nosotros, pidiendo una “revisión rápida.” Una revisión rápida es una apelación que utiliza las fechas tope rápidas en vez de las fechas tope estándar.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) se llama también una “**apelación acelerada**.**”** |

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y pida una “revisión rápida.”

* Para ver detalles acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary:] Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando ponga una apelación acerca de su atención médica*.
* **Asegúrese de pedir una “revisión rápida**.” Esto quiere decir que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando las fechas tope “rápidas” en vez de las fechas tope “estándar.”

Paso 2: Llevamos a cabo una “revisión rápida” de la fecha en que se ha programado darlo de alta, asegurándonos que sea médicamente apropiada.

* Durante esta revisión, examinamos toda la información referente a su estancia de hospital. Miramos a ver si la fecha en que se ha programado darlo de alta era médicamente apropiada. Miraremos a ver si la decisión acerca de cuándo debe irse del hospital fue justa y siguió todas las reglas.
* En esta situación, utilizaremos las fechas tope “rápidas” en vez de las fechas tope estándar para darle la respuesta de esta revisión.

Paso 3: Le damos nuestra decisión dentro de las 72 horas siguientes a su solicitud de “revisión rápida” (“apelación rápida”).

* **Si decimos que sí a su apelación rápida,** quiere decir que estamos de acuerdo con usted con que necesita quedarse en el hospital después de la fecha de alta, y seguiremos proporcionando sus servicios de hospital de paciente interno cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También quiere decir que hemos accedido a reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que haya recibido desde la fecha en que habíamos dicho que iba a terminar su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y puede que haya limitaciones de cobertura que apliquen.)
* **Si decimos que no a su apelación rápida,** estamos diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios de hospital de paciente interno termina el día que habíamos dicho que acabaría la cobertura.
  + Si se quedó en el hospital después de la fecha en que se había programado darlo de alta, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha en que se había programado darlo de alta.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones.

* Para garantizar que habíamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, se nos requiere que enviemos su apelación a la “**Organización de Revisión Independiente**.” Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

**Paso a paso: Cómo poner una Apelación *Alterna* de Nivel 2**

Si decimos que no a su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su “apelación rápida.” Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente”** (**“Independent Review Entity”** - **“IRE”).** |

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

* Se nos requiere que enviemos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas siguientes a decirle que estamos diciendo que no a su primera apelación. (Si cree que se nos ha pasado esta fecha tope u otras fechas tope, puede poner una queja. El proceso de quejas es distinto del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le dice cómo poner una queja.)

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente lleva a cabo una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas siguientes.

* **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación de su alta de hospital.
* **Si esta organización dice que *sí* a su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que ha recibido desde la fecha en que se había programado darlo de alta. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios de hospital de paciente interno durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas limitaciones podrían limitar cuánto le reembolsaríamos o cuánto tiempo seguiríamos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización dice que *no* a su apelación,** quiere decir que está de acuerdo con nosotros con que la fecha en que se había programado darlo de alta era médicamente apropiada.
  + El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, de la que se encarga un juez.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente deniega su apelación, usted decide si quiere proseguir con la apelación.

* Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (con un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores dicen que no a su Apelación de Nivel 2, usted decide si aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y poner una tercera apelación.
* La Sección 9 de este capítulo le habla más de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que nuestra cobertura va a acabar demasiado pronto

#### Sección 8.1 *Esta sección trata de tres servicios solamente:* Servicios de cuidado de salud en el hogar, de cuidado de clínica de enfermería especializada, y de Clínica de Rehabilitación Exhaustiva de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF)

Esta sección trata de los siguientes tipos de cuidado *solamente*:

* **Servicios de cuidado de salud en el hogar** que esté recibiendo.
* **Cuidado de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en una clínica de enfermería especializada. (Para obtener información acerca de los requisitos para que se la considere una “clínica de enfermería especializada,” consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*.)
* **Cuidado de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en una Clínica de Rehabilitación Exhaustiva de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF) aprobada por Medicare. Generalmente, esto quiere decir que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación grande. (Para mayor información acerca de este tipo de clínica, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*.)

Cuando está recibiendo alguno de estos tipos de cuidado, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de cuidado durante todo el tiempo que sea necesario el cuidado parea diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para mayor información acerca de sus servicios cubiertos, incluyendo su parte del costo y las limitaciones de cobertura que puedan aplicar, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)*.

Cuando decidamos que ha llegado el momento de terminar la cobertura de alguno de estos tres tipos de cuidado recibido por usted, se nos requiere que se lo comuniquemos por adelantado. Cuando acabe su cobertura de ese cuidado, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado.*

Si cree que vamos a terminar la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

#### Sección 8.2 Le diremos por adelantado cuándo va a acabar su cobertura

**1.** **Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado, la agencia o clínica que le está dando el cuidado le dará un aviso.

* El aviso escrito le dice la fecha en que vamos a dejar de cubrirle el cuidado.
* El aviso escrito le dice también lo que puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie esta decisión acerca de cuándo dar por terminado su cuidado y que siga cubriéndolo durante más tiempo.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Al decirle lo que puede hacer, el aviso escrito le dice cómo puede solicitar una “**apelación de vía rápida**.” Solicitar una apelación de vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dar por terminado su cuidado. (La Sección 7.3 le dice cómo puede solicitar una apelación de vía rápida.)  El aviso escrito se llama el “**Aviso de No Estar Cubierto por Medicare**.” Para obtener una copia de ejemplo, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual) o 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 vea una copia en línea en http://www.cms.hhs.gov/BNI/ |

**2.** **Debe firmar el aviso escrito para indicar que lo ha recibido.**

* Usted o alguien que esté actuando de su parte debe firmar el aviso. (La Sección 4 le dice cómo puede dar permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.)
* Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información de cuándo va a terminar su cobertura. **Firmarlo no quiere decir que está de acuerdo** con el plan con que es hora de dejar de recibir el cuidado.

#### Sección 8.3 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 1 para hacer que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo

Si quiere que cubramos su cuidado durante más tiempo, necesitará utilizar el proceso de apelaciones para poner esta solicitud. Antes de empezar, debe entender lo que necesita hacer y saber las fechas tope.

* **Siga el proceso.** Cada uno de los pasos de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
* **Observe las fechas tope**. Las fechas tope son importantes. Asegúrese de entender y seguir las fechas tope que aplican a las cosas que debe hacer. También hay fechas tope que debe seguir nuestro plan. (Si cree que no estamos observando nuestras fechas tope, puede poner una queja. La Sección 10 de este capítulo le dice cómo poner una queja.)
* **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios de Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). O llame a su Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos, una organización gubernamental que provee ayuda especializada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de Calidad examina su apelación y decide si cambiar la decisión tomada por nuestro plan.**

Paso 1: Ponga su Apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización de Mejora de Calidad de su estado y pida una revisión. No se demore.

¿Qué es la Organización de Mejora de Calidad?

* Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica que paga el gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Comprueban la calidad del cuidado recibido por las personas con Medicare y revisan decisiones de plan cuando llega el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

* El aviso escrito que recibió le dice cómo ponerse en contacto con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección, y el número de teléfono de la Organización de Mejora de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este manual.)

¿Qué debe pedir?

* Pídale a esta organización que lleve a cabo una revisión independiente de si es médicamente apropiado que demos por terminada la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha tope para ponerse en contacto con esta organización.

* Debe ponerse en contacto con la Organización de Mejora de Calidad para empezar su apelación *antes del mediodía del día después de recibir el aviso escrito diciéndole que vamos a dejar de cubrir su cuidado*.
* Si se pasa de la fecha tope para ponerse en contacto con la Organización de Mejora de Calidad acerca de su apelación, puede poner una apelación directamente con nosotros en vez de ello. Para ver los detalles acerca de esta otra manera de poner su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización de Mejora de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

* Los profesionales de salud de la Organización de Mejora de Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le pedirán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de sus servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
* La organización de revisión examinará también su información médica, hablará con su médico, y examinará información que nuestro plan le ha dado.
* Para el final del día en de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá también un aviso escrito que explicará en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Este aviso de explicación se llama la “**Explicación Detallada de No Cubrir.”** |

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesiten, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores dicen que sí a su apelación?

* Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, **debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
* Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como los deducibles o copagos, si aplican). Además, puede que haya limitaciones en sus servicios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué ocurre si los revisores dicen que no a su apelación?

* Si los revisores dicen que *no* a su apelación, entonces **su cobertura acabará la fecha que le hemos dicho**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
* Si decide continuar recibiendo el cuidado de salud en el hogar, o el cuidado de clínica de enfermería especializada, o los servicios de Clínica de Rehabilitación Exhaustiva de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF) después de esta fecha en que termine su cobertura, entonces, **usted tendrá que pagar el costo completo** de este cuidado usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es que no, usted decide si quiere poner otra apelación.

* Esta primera apelación es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores dicen que no a su Apelación de Nivel 1 - *y* usted decide seguir recibiendo cuidado después de que termine su cobertura del cuidado - entonces puede poner otra apelación.
* Poner otra apelación quiere decir pasar al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

#### Sección 8.4 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para hacer que su plan cubra su cuidado durante más tiempo

Si la Organización de Mejora de Calidad ha denegado su apelación y usted decide seguir recibiendo cuidado después de que haya terminado su cobertura del cuidado, entonces puede poner una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, le pide a la Organización de Mejora de Calidad que examine otra vez la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejora de Calidad deniega su Apelación de Nivel 2, puede que tenga que pagar el costo completo de su cuidado de salud en el hogar, o su cuidado de clínica de enfermería especializada, o sus servicios de Clínica de Rehabilitación Exhaustiva de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF) *después de* la fecha en que hayamos dicho que iba a terminar su cobertura.

Los pasos del proceso de apelación de Nivel 2 son los siguientes:

Paso 1: Se pone en contacto con la Organización de Mejora de Calidad otra vez y pide otra revisión.

* Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días siguientes** al día en que la Organización de Mejora de Calidad dijo que no a su Apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solamente si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Paso 2: La Organización de Mejora de Calidad lleva a cabo la segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización de Mejora de Calidad examinarán cuidadosamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días siguientes, los revisores de la Organización de Mejora de Calidad tomarán una decisión respecto a su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión dice que sí a su apelación?

* **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para el cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
* Usted debe seguir pagando su parte de los costos y puede que haya limitaciones de cobertura que apliquen.

¿Qué ocurre si la organización de revisión dice que no?

* Quiere decir que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto a su Apelación de Nivel 1 y no van a cambiarla.
* El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si desea proseguir con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo continuar al nivel siguiente de apelación, del que se encarga un juez.

Paso 4: Si la respuesta es que no, necesitará decidir si quiere continuar con su apelación.

* Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores denegaron su Apelación de Nivel 2, puede elegir si aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y poner otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez.
* La Sección 9 de este capítulo le habla más de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 8.5 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha tope para poner su Apelación de Nivel 1?

Puede ponernos la apelación a nosotros en vez de ello

Como se ha explicado anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar sin demora para ponerse en contacto con la Organización de Mejora de Calidad para empezar su primera apelación (en uno o dos días como máximo). Si se le pasa la fecha tope para ponerse en contacto con esta organización, hay otra manera de poner su apelación. Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo poner una Apelación *Alterna* de Nivel 1

Si se le pasa la fecha tope para ponerse en contacto con la Organización de Mejora de Calidad, puede ponernos una apelación a nosotros, pidiendo una “revisión rápida.” Una revisión rápida es una apelación que utiliza las fechas tope rápidas en vez de las fechas tope estándar.

Los pasos para poner una Apelación Alterna de Nivel 1 son los siguientes:

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) se llama también una “**apelación acelerada**.**”** |

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y pida una “revisión rápida.”

* Para ver detalles acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary:] Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando ponga una apelación acerca de su atención médica*.
* **Asegúrese de pedir una “revisión rápida**.” Esto quiere decir que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando las fechas tope “rápidas” en vez de las fechas tope “estándar.”

Paso 2: Llevamos a cabo una “revisión rápida” de la decisión que tomamos acerca de cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

* Durante esta revisión, examinamos toda la información referente a su caso. Miramos a ver si habíamos seguido todas las reglas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
* Utilizaremos las fechas tope “rápidas” en vez de las fechas tope estándar para darle la respuesta a esta revisión. (Generalmente, si pone una apelación con nuestro plan y pide una “revisión rápida,” se nos permite que decidamos si vamos a acceder a su solicitud y a darle una “revisión rápida.” Pero en esta situación, las reglas nos requieren que le demos una respuesta rápida si así lo solicita)

Paso 3: Le damos nuestra decisión dentro de las 72 horas siguientes a su solicitud de “revisión rápida” (“apelación rápida”).

* **Si decimos que sí a su apelación rápida,** quiere decir que estamos de acuerdo con usted con que necesita servicios durante más tiempo, y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También quiere decir que hemos accedido a reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que haya recibido desde la fecha en que habíamos dicho que iba a terminar su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y puede que haya limitaciones de cobertura que apliquen.)
* **Si decimos que no a su apelación rápida,** entonces su cobertura acabará la fecha que le habíamos dicho y no pagaremos parte de los costos después de esa fecha.
* Si siguiera recibiendo cuidado de salud en el hogar, o cuidado de clínica de enfermería especializada, o servicios de Clínica de Rehabilitación Exhaustiva de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF) *después de* la fecha en que dijimos que acabaría su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo completo** de este cuidado usted mismo.

Paso 4: Si decimos que *no* a su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones.

* Para garantizar que habíamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **se nos requiere que enviemos su apelación a la “Organización de Revisión Independiente.”** Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

**Paso a paso: Cómo poner una Apelación *Alterna* de Nivel 2**

Si decimos que no a su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su “apelación rápida.” Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente”** (**“Independent Review Entity”** - **“IRE”).** |

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

* Se nos requiere que enviemos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas siguientes a decirle que estamos diciendo que no a su primera apelación. (Si cree que se nos ha pasado esta fecha tope u otras fechas tope, puede poner una queja. El proceso de quejas es distinto del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le dice cómo poner una queja.)

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente lleva a cabo una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas siguientes.

* **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
* **Si esta organización dice que *sí* a su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que habíamos dicho que iba a terminar su cobertura. También debemos continuar la cobertura del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas limitaciones podrían limitar cuánto le reembolsaríamos o cuánto tiempo seguiríamos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización dice que *no* a su apelación,** quiere decir que está de acuerdo con la decisión tomada por nuestro plan respecto a su primera apelación y no va a cambiarla.
  + El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente deniega su apelación, usted decide si quiere proseguir con la apelación.

* Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores dicen que no a su Apelación de Nivel 2, usted puede decidir si aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y poner otra apelación. En el Nivel 3, su apelación la revisa un juez.
* La Sección 9 de este capítulo le habla más de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y después

#### Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones de Servicios Médicos

Puede que esta sección sea apropiada para usted si ha puesto una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones se han denegado.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico que ha apelado satisface ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor que el nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que reciba a su Apelación de Nivel 2 explicará con quién debe ponerse en contacto y qué hacer para pedir una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que tienen que ver con las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación se llevan a cabo prácticamente de la misma manera. Aquí le decimos quién se encarga de su apelación a cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3:** **Un juez que trabaja para el gobierno Federal** examinará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se llama un “Juez de Ley Administrativa.”

* **Si el Juez de Ley Administrativa dice que sí a su apelación, *puede* que el proceso de apelaciones haya acabado o *puede que no* -** Decidiremos si vamos a apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable a usted.
  + Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir la decisión del juez.
  + Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos que pueda haber. Puede que esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio disputado.
* **Si el Juez de Ley Administrativa dice que no a su apelación, *puede* que el proceso de apelaciones haya acabado o *puede que no*.** 
  + Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones ha acabado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, puede proseguir al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el juez de ley administrativa dice que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá lo que tiene que hacer si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 4:** El **Concejo de Apelaciones** examinará su apelación y le dará una respuesta. El Concejo de Apelaciones trabaja para el gobierno Federal.

* **Si la respuesta es que sí, o si el Concejo de Apelaciones deniega nuestra solicitud de examinar una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable, *puede* que el proceso de apelaciones haya acabado o *puede que no*** - Decidiremos si vamos a apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable a usted.
  + Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir la decisión del Concejo de Apelaciones.
  + Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
* **Si la respuesta es que no o si el Concejo de Apelaciones deniega la solicitud de revisión, *puede* que el proceso de apelaciones haya acabado o *puede que no***.
  + Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones ha acabado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda proseguir al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Concejo de Apelaciones dice que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso escrito también le dirá con quién debe ponerse en contacto y qué hacer si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 5:** Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** examinará su apelación.

* Éste es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

#### Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4, y 5 para Apelaciones de Medicamentos de Parte D

Puede que esta sección sea apropiada para usted si ha puesto una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones se han denegado.

Si el valor del medicamento que ha apelado satisface una cierta cantidad de dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor que el nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba a su Apelación de Nivel 2 explicará con quién debe ponerse en contacto y qué hacer para pedir una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que tienen que ver con las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación se llevan a cabo prácticamente de la misma manera. Aquí le decimos quién se encarga de su apelación a cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3: Un juez que trabaja para el gobierno Federal** examinará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se llama un “Juez de Ley Administrativa.”

* **Si la respuesta es que sí, el proceso de apelaciones ha terminado.** Lo que usted pidió en la apelación se ha aprobado. Debemos **autorizar o proveer la cobertura del medicamento** que aprobó el Juez de Ley Administrativa **dentro de las 72 horas siguientes (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o hacer el pago, a más tardar, 30 días de calendario** después de recibir la decisión.
* **Si la respuesta es que no, *puede* que el proceso de apelaciones haya acabado o *puede que no***.
  + Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones ha acabado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, puede proseguir al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el juez de ley administrativa dice que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá lo que tiene que hacer si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 4:** El **Concejo de Apelaciones** examinará su apelación y le dará una respuesta. El Concejo de Apelaciones trabaja para el gobierno Federal.

* **Si la respuesta es que sí, el proceso de apelaciones ha terminado.** Lo que usted pidió en la apelación se ha aprobado. Debemos **autorizar o proveer la cobertura del medicamento** que aprobó el Concejo de Apelaciones **dentro de las 72 horas siguientes (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o hacer el pago, a más tardar, 30 días de calendario** después de recibir la decisión.
* **Si la respuesta es que no, *puede* que el proceso de apelaciones haya acabado o *puede que no***.
  + Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones ha acabado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda proseguir al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Concejo de Apelaciones dice que no a su apelación o deniega su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso escrito también le dirá con quién debe ponerse en contacto y qué hacer si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 5:** Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** examinará su apelación.

* Éste es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PONER QUEJAS

### SECCIÓN 10 Cómo poner una queja acerca de la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente, u otras inquietudes

question mark. Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con sus beneficios, su cobertura, o sus pagos, entonces esta sección *no es para usted.* En vez de ello, necesita utilizar el proceso de decisiones y apelaciones de cobertura. Consulte la Sección 4 de este capítulo.



#### Sección 10.1 ¿De qué tipos de problemas se encarga el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso de poner quejas. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que reciba. Aquí tiene ejemplos de los tipos de problemas de los que se encarga el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problema, puede “poner una queja”

| Queja | Ejemplo |
| --- | --- |
| **Calidad de su atención médica** | * ¿No está satisfecho con la calidad del cuidado que ha recibido (incluyendo el cuidado en el hospital)? |
| **Respetar su privacidad** | * ¿Cree que alguien no ha respetado su derecho de privacidad o que ha compartido información acerca de usted que usted cree que debería ser confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente, u otros comportamientos negativos** | * ¿Se ha comportado alguien de manera descortés con usted, o le ha faltado el respeto? * ¿No está satisfecho con la manera en que le ha tratado nuestro Servicios de Miembros? * ¿Cree que se le está animando a irse del plan? |
| **Tiempos de espera** | * ¿Está experimentando dificultades para que se le dé una cita, o esperando demasiado tiempo para que se la den? * ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, los farmacéuticos, u otros profesionales médicos? ¿O nuestro Servicios de Miembros u otro personal del plan?   + Ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de esperas, cuando va a que se le dé una receta, o en la sala de examen. |
| **Limpieza** | * ¿No está satisfecho con la limpieza o la condición de una clínica, hospital u oficina de un médico? |
| **Información que recibe de nosotros** | * ¿Cree que no le hemos dado un aviso que se nos requiere que le demos? * ¿Cree que la información escrita que le hemos dado es difícil de entender? |
| **Prontitud** (Estos tipos de quejas tienen que ver con la prontitud de nuestras acciones relacionadas con decisiones y apelaciones de cobertura) | El proceso de pedir una decisión de cobertura y de poner apelaciones se explica en las secciones 4-9 de este capítulo. Si va a pedir una decisión o a poner una apelación, se utiliza ese proceso, no el proceso de quejas.  Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o ha puesto una apelación, y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede poner una queja acerca de nuestra lentitud. He aquí ejemplos:   * Si nos ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida,” y hemos dicho que no lo haremos, puede poner una queja. * Si cree que no estamos observando las fechas tope para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha puesto, puede poner una queja. * Cuando se revisa una decisión de cobertura que hemos tomado y se nos dice que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, hay fechas tope que aplican. Si cree que no estamos observando estas fechas tope, puede poner una queja. * Cuando no le damos una decisión a tiempo, se nos requiere que enviemos su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del periodo de tiempo requerido, puede poner una queja. |

#### Sección 10.2 El nombre formal de “poner una queja” es “tramitar un agravio”

| **Términos Legales** |
| --- |
| * Lo que esta sección llama una “**queja**” se llama también un “**agravio**.” * Otra manera de decir “**poner una queja**” es “**tramitar un agravio**.” * Otra manera de decir “**utilizar el proceso de quejas**” es “**utilizar el proceso de tramitar un agravio.”** |

#### Sección 10.3 Paso a paso: Cómo poner una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros rápidamente - por teléfono o por escrito.

* **Generalmente, el primer paso es llamar a Servicios de Miembros.** Si hay algo más que necesita hacer, Servicios de Miembros se lo hará saber. [*Insert phone number, TTY, and days and hours of operation.]*
* **Si no desea llamar (o ha llamado y no está satisfecho), puede poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si pone su queja por escrito, 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.]*
* **Tanto si llama como si escribe, debe ponerse en contacto con Servicios de Miembros inmediatamente.** La queja debe ponerse dentro de los 60 días de calendario siguientes a tener el problema del que quiere quejarse.
* **Si va a poner una queja porque le hemos denegado su solicitud de “decisión de cobertura rápida” o de “apelación rápida,” le daremos automáticamente una “queja rápida**.” Si tiene una “queja rápida,” quiere decir que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas siguientes.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Lo que esta sección llama una “**queja rápida**” se llama también un “**agravio acelerado.”** |

Paso 2: Examinamos su queja y le damos nuestra respuesta.

* **Si es posible, le contestaremos inmediatamente.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su condición médica requiere que contestemos rápidamente, lo haremos.
* **La mayoría de las quejas se contestan en 30 días de calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es lo que más le conviene o si pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días de calendario más (un total de 44 días de calendario) para responder a su queja.
* **Si no estamos de acuerdo** con parte de o toda su queja o no nos hacemos responsables del problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá las razones. Debemos responder tanto si estamos de acuerdo con la queja como si no.

#### Sección 10.4 También puede poner quejas acerca de la calidad del cuidado con la Organización de Mejora de Calidad

Puede poner su queja acerca de la calidad del cuidado que ha recibido con nosotros utilizando el proceso de paso a paso indicado anteriormente.

Cuando su queja es de la *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones más:

* **Puede poner su queja con la Organización de Mejora de Calidad.** Si lo prefiere, puede poner su queja acerca de la calidad del cuidado que ha recibido directamente con esta organización (*sin* poner la queja con nosotros).
  + La Organización de Mejora de Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica pagados por el gobierno Federal para inspeccionar y mejorar el cuidado que se les da a los pacientes de Medicare.
  + Para encontrar el nombre, la dirección, y el número de teléfono de la Organización de Mejora de Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este manual. Si pone una queja con esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
* **O puede poner su queja con los dos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede poner su queja acerca de la calidad del cuidado con nosotros y también con la Organización de Mejora de Calidad.

#### Sección 10.5 También puede comunicarle su queja a Medicare

Puede enviar su queja acerca de *[insert 2015 plan name]* directamente a Medicare. Para enviarle una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si cree que el plan no está abordando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD llaman al 1-877-486-2048.

## Capítulo 10. Terminación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 235

Sección 1.1 Este capítulo se concentra en la terminación de su membresía en nuestro plan 235

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan? 235

Sección 2.1 Puede terminar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual 235

Sección 2.2 Puede terminar su membresía durante el Periodo de Cancelación de Inscripción de Medicare Advantage anual, pero sus opciones son más limitadas 237

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Periodo de Inscripción Especial 238

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener mayor información acerca de cuándo puede terminar su membresía? 239

SECCIÓN 3 ¿Qué tiene que hacer para terminar su membresía en nuestro plan? 240

Sección 3.1 Generalmente, termina su membresía en nuestro plan cuando se inscribe en otro plan 240

SECCIÓN 4 Hasta que acabe su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 241

Sección 4.1 Hasta que acabe su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 241

SECCIÓN 5 *[Insert 2015 plan name]* debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones 242

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan? 242

Sección 5.2 No podemos pedirle que se vaya de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud 244

Sección 5.3 Tiene derecho a poner una queja si terminamos su membresía en nuestro plan 244

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Este capítulo se concentra en la terminación de su membresía en nuestro plan

La terminación de su membresía en *[insert 2015 plan name]* puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (si no es su propia elección):

* Puede que se vaya de nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse.
  + Hay solo ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, cuando puede terminar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le dice cuándo puede terminar su membresía en el plan. [*I-SNPs: Replace the text in this bullet with:* Puede terminar su membresía en el plan en cualquier momento. La Sección 2 le habla de los tipos de planes en los que puede inscribirse.]
  + El proceso de terminar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le dice *cómo* terminar su membresía en cada situación.
* Hay también limitadas situaciones en las que no elige irse, pero se nos requiere que terminemos su membresía. La Sección 5 le habla de situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si va a irse de nuestro plan, debe continuar su atención médica a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

### SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?

*[I-SNPs: Delete the following paragraph]*

Puede terminar su membresía en nuestro plan solamente durante ciertos periodos de tiempo cada año, que se llaman 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 Inscripción de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, puede que sea también elegible para irse del plan en otros momentos del año.

#### Sección 2.1 Puede terminar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual

Puede terminar su membresía durante el **Periodo de Inscripción Anual** (también llamado el “Periodo de Elección Coordinado Anual”). Este es el periodo de tiempo en el que debe examinar su cobertura médica y de medicamentos y tomar una decisión acerca de su cobertura para el año próximo.

* **¿Cuándo es el Periodo de Inscripción Anual?** Esto ocurre del 15 de octubre al 7 de diciembre.
* **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Periodo de Inscripción Anual?** Durante este tiempo, puede examinar su cobertura médica y su cobertura de medicamentos de receta. Puede decidir quedarse con su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año próximo. Si decide cambiarse a otro plan, puede elegir cualquiera de los planes siguientes:
  + Otro plan médico de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos de receta o uno que no cubra medicamentos de receta.)
  + Medicare Original *con* un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte.
  + *– o –* Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte.
    - **Si recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar sus medicamentos de receta:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no aceptar la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de receta de Medicare y deja de tener cobertura de medicamentos de receta acreditable, puede que necesite pagar una sanción de inscripción tardía si se apunta en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” quiere decir que se requiere que la cobertura pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de receta estándar de Medicare.) Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para mayor información acerca de la sanción de inscripción tardía.

* **¿Cuándo acabará su membresía?** Su membresía acabará cuando empiece la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

*[I-SNPs: rename section 2.1 “You can end your membership at any time” and replace the language in Section 2.1 with the following:* Puede terminar su membresía en *[insert 2015 plan name]* en cualquier momento.

* **¿Cuándo puede terminar su membresía?** Puede terminar su membresía en *[insert 2015 plan name]* en cualquier momento. La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden terminar su membresía solamente durante ciertos periodos de tiempo durante el año. Sin embargo, debido a que usted vive en un hogar de enfermería o necesita un nivel de cuidado que se provee normalmente en un hogar de enfermería, puede terminar su membresía en cualquier momento.
* **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a otro plan, puede elegir cualquiera de los planes siguientes:
  + Otro plan médico de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos de receta o uno que no cubra medicamentos de receta.)
  + Medicare Original *con* un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte.
  + *– o –* Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte.
    - **Si recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar sus medicamentos de receta:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no aceptar la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de receta de Medicare y deja de tener cobertura de medicamentos de receta acreditable, puede que necesite pagar una sanción de inscripción tardía si se apunta en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” quiere decir que se requiere que la cobertura pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de receta estándar de Medicare.) Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para mayor información acerca de la sanción de inscripción tardía.

* **¿Cuándo acabará su membresía?** Generalmente, su membresía acabará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

#### Sección 2.2 Puede terminar su membresía durante el Periodo de Cancelación de Inscripción de Medicare Advantage anual, pero sus opciones son más limitadas

*[I-SNPs: delete Section 2.2]*

Tiene oportunidad de hacerle *un solo* cambio a su cobertura médica durante el **Periodo de Cancelación de Inscripción de Medicare Advantage** anual.

* **¿Cuándo es el Periodo de Cancelación de Inscripción de Medicare Advantage anual?** Esto ocurre cada año del 1 de enero al 14 de febrero.
* **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Periodo de Cancelación de Inscripción de Medicare Advantage anual?** Durante este periodo de tiempo, puede cancelar su inscripción en el Plan de Medicare Advantage y cambiarse a Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este periodo, tiene hasta el 14 de febrero para apuntarse en otro plan de medicamentos de receta de Medicare aparte para añadir cobertura de medicamentos.
* **¿Cuándo acabará su membresía?** Su membresía acabará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambiar a Medicare Original. Si decide también inscribirse en un plan de medicamentos de receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos empezará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

#### Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Periodo de Inscripción Especial

*[I-SNPs: delete Section 2.3]*

En ciertas situaciones, los miembros de *[insert 2015 plan name]* pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros periodos de tiempo durante el año. Esto se llama un **Periodo de Inscripción Especial**.

* **¿Quién es elegible para un Periodo de Inscripción Especial?** Si alguna de las situaciones siguientes le aplica a usted, es elegible para terminar su membresía durante un Periodo de Inscripción Especial. Éstos son solo ejemplos. Para ver la lista completa puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare, o visitar el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov):
  + Generalmente, cuando se ha trasladado.
  + *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable:]* Si tiene Medicaid.
  + Si es elegible para “Ayuda Extra” para pagar sus recetas de Medicare.
  + Si violamos nuestro contrato con usted.
  + Si está recibiendo cuidado en una institución, como un hogar de enfermería o un hospital de cuidado de largo plazo (Long-Term Care - LTC).
  + [*Plans instates with PACE, insert:* Si se inscribe en el Programa de Cuidado de Inclusión Total para los Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly - PACE).]
* **¿Cuándo son los Periodos de Inscripción Especiales?** Los periodos de inscripción especiales varían según su situación.
* **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Periodo de Inscripción Especial, llame a Medicare 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. Si es elegible para terminar su membresía debido a una situación especial, puede decidir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos de receta de Medicare. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan médico de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos de receta o uno que no cubra medicamentos de receta.)
  + Medicare Original *con* un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte.
  + *– o –* Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte.
    - **Si recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar sus medicamentos de receta:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no aceptar la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de receta de Medicare y deja de tener cobertura de medicamentos de receta acreditable, puede que necesite pagar una sanción de inscripción tardía si se apunta en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” quiere decir que se requiere que la cobertura pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de receta estándar de Medicare.) Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para mayor información acerca de la sanción de inscripción tardía.

* **¿Cuándo acabará su membresía?** Generalmente, su membresía acabará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

#### Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener mayor información acerca de cuándo puede terminar su membresía?

*[I-SNPs: renumber Section 2.4 as Section 2.2.]*

Si tiene preguntas o desea mayor información acerca de cuándo puede terminar su membresía:

* Puede **llamar a Servicios de Miembros** (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).
* Puede encontrar la información en el Manual de ***Medicare y Usted 2015***.
  + Todos los que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben dentro del mes siguiente a apuntarse por primera vez.
  + También puede bajar una copia del sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov). O puede encargar una copia impresa llamando a Medicare al número indicado a continuación.
* Puede ponerse en contacto con **Medicare** llamando 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 ¿Qué tiene que hacer para terminar su membresía en nuestro plan?

#### Sección 3.1 Generalmente, termina su membresía en nuestro plan cuando se inscribe en otro plan

Generalmente, para terminar su membresía en nuestro plan, todo lo que tiene que hacer es inscribirse en otro plan de Medicare *[I-SNPs: delete the rest of this sentence]* durante uno de los periodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información acerca de los periodos de inscripción). Sin embargo, si quiere cambiarse de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare, debe pedir que se le cancele la inscripción de nuestro plan. Hay dos maneras en que puede pedir que se le cancele la inscripción:

* Puede ponernos una solicitud por escrito. Póngase en contacto con Servicios de Miembros si necesita mayor información acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).
* *--o--*Puede ponerse en contacto con Medicare llamando 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.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de receta de Medicare y deja de tener cobertura de medicamentos de receta acreditable, puede que necesite pagar una sanción de inscripción tardía si se apunta en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” quiere decir que se requiere que la cobertura pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de receta estándar de Medicare.) Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para mayor información acerca de la sanción de inscripción tardía.

La tabla que aparece a continuación explica cómo debe terminar su membresía en nuestro plan.

| Si desea cambiarse de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
| --- | --- |
| * Otro plan médico de Medicare. | * Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare.   Se le cancelará automáticamente la inscripción en *[insert 2015 plan name]* cuando empiece la cobertura de su nuevo plan. |
| * Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare aparte. | * Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de receta de Medicare.   Se le cancelará automáticamente la inscripción en *[insert 2015 plan name]* cuando empiece la cobertura de su nuevo plan. |
| * Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte.   + **Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de receta de Medicare y deja de tener cobertura de medicamentos de receta acreditable, puede que necesite pagar una sanción de inscripción tardía si se apunta en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para mayor información acerca de la sanción de inscripción tardía. | * **Envíenos una solicitud escrita de cancelar su inscripción.** Póngase en contacto con Servicios de Miembros si necesita mayor información acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual). * También puede ponerse en contacto con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana y pedir que se le cancele la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. * Se le cancelará la inscripción en *[insert 2015 plan name]* cuando empiece su cobertura de Medicare Original. |

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

#### Sección 4.1 Hasta que acabe su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si se va de *[insert 2015 plan name]*, puede que pase tiempo antes de que su membresía acabe y su nueva cobertura de Medicare entre en vigor. (Consulte la Sección 2 para ver información acerca de cuándo empieza su nueva cobertura.) Durante este tiempo, debe seguir recibiendo su atención médica y medicamentos de receta a través de nuestro plan.

* **Debe seguir utilizando nuestras farmacias de red para que se le surtan las recetas hasta que acabe su membresía en nuestro plan.** Generalmente, sus medicamentos de receta se cubren solamente si se surten en una farmacia de red [*insert if applicable:* incluyendo a través de nuestros servicios de farmacia de encargo por correo.]
* **Si está hospitalizado el día que acabe su membresía, por lo general, nuestro plan cubrirá su estancia de hospital hasta que se le dé de alta** (aún si se le da de alta después de que haya comenzado su nueva cobertura médica).

### SECCIÓN 5 *[Insert 2015 plan name]* debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

#### Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

***[Insert 2015 plan name]* debe terminar su membresía en el plan si se da alguna de las circunstancias siguientes:**

* Si no permanece continuamente inscrito en Medicare Parte A y Parte B.
* Si se traslada de nuestra área de servicio.
* Si está fuera de nuestra área de servicio 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 traslada o se va de viaje largo, necesita llamar a Servicios de Miembros para averiguar si el lugar al que se va a trasladar o al que va a viajar está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios de Miembros están impresos en la cubierta trasera de este manual.)
  + [*Plans with visitor/traveler benefits, insert:* Vaya al Capítulo 4, Sección 2.3 para ver información acerca de recibir cuidado cuando está fuera del área de servicio a través de nuestro beneficio de visitante/viajero.]
  + [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert:* Si ha sido miembro de nuestro plan continuamente desde enero de 1999 *y* vivía fuera de nuestra área de servicio antes de enero de 1999, puede continuar su membresía. Sin embargo, si se traslada y su traslado es a otra ubicación que esté fuera de nuestra área de servicio, se le cancelará la inscripción en nuestro plan.]
* [*I-SNPs and C-SNPs insert:* No reúne los requisitos de elegibilidad especial del plan según se describen en el Capítulo 1, Sección 2.1]
  + [*I-SNPs and C-SNPs: Insert rules for members who no longer meet special eligibility requirements*.]
* Si se le encarcela (va a prisión)
* Si miente acerca de o no divulga información acerca de otro seguro que tenga que provea cobertura de medicamentos de receta.
* [*Omit if not applicable]* Si nos da información incorrecta intencionalmente cuando se está inscribiendo en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que se vaya de nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare primero.)
* [*Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si se comporta continuamente de manera disruptiva y hace que sea difícil que proveamos atención médica para usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se vaya de nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare primero.)
* [*Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos hacer que se vaya de nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare primero.)
  + Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el 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 las primas del plan por [*insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months*].
  + Debemos notificarle por escrito de que tiene [*insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]* para pagar la prima del plan antes de que terminemos su membresía.
* Si se le requiere que pague la cantidad de Parte D extra debido a sus ingresos y usted no la paga, Medicare le cancelará la inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos de receta.

¿Dónde puedo obtener mayor información?

Si tiene preguntas o desea mayor información acerca de cuándo podemos terminar su membresía:

* Puede llamar a **Servicios de Miembros** para mayor información (los números de teléfono están impresos en la cubierta trasera de este manual).

#### Sección 5.2 No podemos pedirle que se vaya de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

*[Chronic care SNPs should use the following title for this section instead:* No podemos pedirle que se vaya de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud a menos que ya no tenga una condición médica requerida para la inscripción en *[insert 2015 plan name].]*

No se permite que *[Insert 2015 plan name]* le pida que se vaya de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

*[Chronic care SNPs replace sentence above with:* En la mayoría de los casos, *[insert 2015 plan name]* no puede pedirle que se vaya de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud. La única vez que se nos permite que lo hagamos es si ya no tiene *[insert as applicable:* la condición médica *OR* las dos condiciones médicas *OR* todas las condiciones médicas] requeridas para la inscripción en *[insert 2015 plan name].* (Para obtener información acerca de las condiciones médicas requeridas para la inscripción, consulte el Capítulo 1, Sección 2.1 de este manual.)]

¿Qué debo hacer si ocurre esto?

Si cree que se le está pidiendo que se vaya de nuestro plan debido a una razón relacionada con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar 24 horas al día, 7 días a la semana.

#### Sección 5.3 Tiene derecho a poner una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos darle nuestras razones por las que hemos terminado su membresía. También debemos explicar cómo puede poner una queja acerca de nuestra decisión de terminar su membresía. Puede consultar el Capítulo 9, Sección 10 para ver información acerca de cómo poner una queja.

## Capítulo 11. Avisos Legales

SECCIÓN 1 Aviso acerca del derecho aplicable 246

SECCIÓN 2 Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación 246

SECCIÓN 3 Aviso acerca de los derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare 246

*[****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 acerca del derecho aplicable

Hay muchas leyes que aplican a esta *Evidencia de Cobertura*, y puede que haya estipulaciones adicionales que apliquen porque lo requiere la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII del Acta del Seguro Social y las normativas creadas bajo el Acta del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS). Además, puede que apliquen otras leyes Federales y, bajo ciertas circunstancias, puede que apliquen las leyes del estado en que vive.

### SECCIÓN 2 Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación

No discriminamos basándonos en la raza, la incapacidad, la religión, el sexo, la salud, la etnia, el credo, la edad, o el origen nacional de una persona. Todas las organizaciones que proveen Planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes Federales en contra de la discriminación, incluyendo el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964, el Acta de Rehabilitación de 1973, el Acta de Discriminación de Edad de 1975, el Acta de Americanos con Incapacidades, todas las otras leyes que aplican a organizaciones que reciben fondos Federales, y cualquier otra ley y norma que aplique por cualquier otra razón.

### SECCIÓN 3 Aviso acerca de los derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios de Medicare cubiertos para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las normativas de CMS de 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, *[insert 2015plan name]*, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de cobro que ejerce el Secretario bajo las normativas de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre las leyes Estatales.

*[****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.]*

## Capítulo 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.]*

*[Plans with a POS option: Provide definitions of: allowed amount, balance billing, coinsurance and maximum charge, and prescription drug benefit manager.]*

*[Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in addition to those offering standard cost- sharing*

**Agravio** - Un tipo de queja que pone acerca de nosotros o de uno de nuestros proveedores o farmacias de red, incluyendo una queja que tenga que ver con la calidad de su cuidado. Este tipo de queja no incluye disputas de cobertura o de pago.

**Apelación** - Una apelación es algo que hace usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos de receta o de pago por servicios o medicamentos que ha recibido ya. También puede poner una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de detener servicios que esté recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos un medicamento, artículo, o servicio que cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluyendo el proceso de poner una apelación.

**Área de Servicio** - Un área geográfica donde un plan médico acepta miembros si limita la membresía basándose en dónde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar usted, es también, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se traslada permanentemente fuera del área de servicio del plan.

**Autorización Previa** – Aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no estar en nuestro vademécum. *[Plans may delete applicable sentences if it does not require prior authorization for any medical services and/or any drugs.]* Algunos servicios médicos de dentro de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de red recibe “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de red recibe “autorización previa” nuestra. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el vademécum.

**Ayuda Extra** - Un programa de Medicare para ayudar a las personas que tienen ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos de receta de Medicare, como las primas, los deducibles, y el coseguro.

**Ayudante de Salud en el Hogar** - Un ayudante de salud en el hogar proporciona servicios que no necesitan las destrezas de una enfermera o terapeuta certificado, como ayuda con cuidado personal (por ejemplo, bañarse, utilizar el inodoro, vestirse, o llevar a cabo los ejercicios recetados). Los ayudantes de salud en el hogar no tienen certificado de enfermería ni proporcionan terapia.

[*Include if applicable:* **Beneficios Suplementarios Opcionales** – Beneficios no cubiertos por Medicare que pueden comprarse por una prima adicional y que no se incluyen en su paquete de beneficios. Si decide tener beneficios suplementarios opcionales, es posible que tenga que pagar la prima adicional. Debe elegir los Beneficios Suplementarios Opcionales voluntariamente para recibirlos.]

**Cancelar la Inscripción o Cancelación de Inscripción** - El proceso de terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no es su propia elección).

**Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount - IRMAA)** – Si sus ingresos son más de un cierto límite, pagará una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos además de su prima del plan. Por ejemplo, las personas con ingresos de más de $*[insert amount]* y las parejas casadas con ingresos de más de $*[insert amount]* deben pagar una cantidad de prima de cobertura de Medicare Parte B (seguro médico) y de medicamentos de receta de Medicare más alta. Esta cantidad adicional se llama la cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos. Menos del 5 por ciento de las personas con Medicare se ven afectadas, así que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

*[POS plans may revise this definition as needed to describe the plan’s MOOP(s):]* **Cantidad Máxima de Bolsillo –** La máxima cantidad que paga de bolsillo durante el año de calendario por servicios cubiertos de red [*insert if applicable:* de Parte A y Parte B]*. [Plans without a premium revise the following sentence as needed]* Las cantidades que paga por sus primas del plan, sus primas de Medicare Parte A y Parte B, y los medicamentos de receta no cuentan para la cantidad máxima de bolsillo. [*Plans with service category MOOPs insert:* Además de la cantidad máxima de bolsillo para los servicios médicos cubiertos de dentro de la red [*insert if applicable:* de Parte A y Parte B], tenemos también una cantidad máxima de bolsillo para ciertos tipos de servicios.] Consulte al Capítulo 4, Sección 1.*[insert subsection number]* para obtener información acerca de su cantidad máxima de bolsillo.

**Centro Quirúrgico Ambulatorio** – Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos de paciente ambulatorio a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS)** – La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con CMS.

**Clínica de Rehabilitación Exhaustiva de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF)** – Una clínica que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y provee diversos servicios, incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología de habla y lenguaje, y servicios de evaluación del ambiente del hogar.

**Cobertura Acreditable de Medicamentos de Receta** - Cobertura de medicamentos de receta (por ejemplo, de un empleador o una unión) del que se requiere que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se hacen elegibles para Medicare, pueden, generalmente, quedarse con esa cobertura sin pagar una sanción si deciden registrarse en cobertura de medicamentos de receta de Medicare más adelante.

**Cobertura de Medicamentos de Receta de Medicare (Medicare Parte D)** – Seguro para ayudar a pagar medicamentos de receta de paciente ambulatorio, vacunas, exámenes biológicos, y algunos insumos no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

**Copago** – Una cantidad que puede requerirse que pague como su parte del costo de un servicio o insumo médico, como una visita de médico, visita de paciente ambulatorio de hospital, o un medicamento de receta. Generalmente, un copago es una cantidad fija, en vez de un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar $10 o $20 por una visita de médico o medicamento de receta.

**Coseguro** - Una cantidad que puede que se le requiera que pague como su parte del costo de servicios o medicamentos de receta [*insert if applicable:* después de que pague los deducibles que pueda haber]. Generalmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, un 20%).

**Costo Compartido** - Costo Compartido se refiere a las cantidades que tiene que pagar un miembro cuando se reciben servicios o medicamentos. [*Insert if plan has a premium:* (Esto es además de la prima mensual del plan.)] El costo compartido incluye cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) cualquier cantidad de deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de “copago” que requiera un plan cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de “coseguro,” un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan requiera cuando se reciba un servicio o medicamento específico. Puede aplicar un “precio de costo compartido diario” cuando su médico receta menos de un suministro completo para un mes para usted y se le requiere que haga un copago.

**Costo compartido estándar** - El costo compartido estándar es el costo compartido que no es el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de red.

*[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 quiere decir costos compartidos más bajos para ciertos medicamentos de Parte D cubiertos en ciertas farmacias de red.

**Costos de Bolsillo** - Véase la definición de “costo compartido” que se ha dado. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos se llama también el requisito de costo “de bolsillo” del miembro.

**Cuidado de Clínica de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility - SNF) –** Servicios de cuidado de enfermería especializada y rehabilitación provistos de manera continua y diaria en una clínica de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado de clínica de enfermería especializada incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que pueden dar solamente una enfermera certificada o un médico.

**Cuidado de Custodia** - Cuidado de Custodia es cuidado personal provisto en un hogar de enfermería, hospicio, u otro entorno clínico cuando no necesita cuidado médico especializado ni cuidado de enfermería especializada. El Cuidado de Custodia es cuidado personal que puede ser provisto por personas que no tienen destrezas ni capacitación profesional, como ayudar con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse en o levantarse de una cama, sentarse en o levantarse de una silla, moverse, y usar el cuarto de baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como utilizar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de Custodia.

**Cuidado de Emergencia** - Servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar, o estabilizar una condición médica de emergencia.

**Cuidado de Necesidad Urgente** - El cuidado de necesidad urgente es cuidado que se proporciona para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que requiere atención médica inmediata. El cuidado de necesidad urgente puede ser proporcionado por proveedores de red o por proveedores de fuera de la red cuando los proveedores de red no están disponibles o están inaccesibles temporalmente.

**Deducible**– La cantidad que debe pagar por su atención médica o recetas antes de que su plan empiece a pagar.

**Determinación de Cobertura** - Una decisión acerca de si un medicamento que se le ha recetado está cubierto por el plan y la cantidad, si la hay, que se le requiere que pague por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta bajo su plan, eso no es una determinación de cobertura. Necesita llamar o escribir a su plan para pedir una decisión formal de cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

**Determinación de Organización** – El plan de Medicare Advantage ha tomado una determinación de organización cuando toma una decisión acerca de si ciertos artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por artículos o servicios cubiertos. El proveedor o clínica de red del plan de Medicare Advantage ha tomado también una determinación de organización cuando le da un artículo o servicio, o lo refiere a un proveedor de fuera de la red para obtener un artículo o servicio. Las determinaciones de organización se llaman “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

**Emergencia** - Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona no profesional con conocimientos promedios de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren inmediata atención médica para evitar perder la vida, perder extremidades, o perder la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor serio, o una condición médica que está empeorando rápidamente.

**Equipo Médico Durable** - Ciertos tipos de equipo médico que encarga su médico por razones médicas. Ejemplos: andadores, sillas de ruedas, o camas de hospital.

**Estancia de Paciente Interno de Hospital** - Una estancia de hospital cuando se le ha admitido formalmente al hospital por servicios médicos especializados. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente ambulatorio.”

**Etapa de Cobertura Catastrófica** – La etapa del Beneficio de Medicamentos de Parte D donde paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas de su parte han gastado $[*insert 2015 out-of-pocket threshold*] en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

**Etapa de Cobertura Inicial** – Esta es la etapa antes de que sus *[insert as applicable:* costos totales de medicamentos, incluyendo las cantidades que haya pagado y que su plan haya pagado de su parte OR costos de bolsillo] para el año hayan alcanzado *[insert as applicable: [insert 2015 initial coverage limit] OR [insert 2015 out-of-pocket threshold]].*

**Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage - EOC) e Información de Divulgación** – Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional, u otra cobertura adicional seleccionada, que explique su cobertura, lo que debe hacer, sus derechos, y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

**Excepción** – Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite que obtenga un medicamento que no está en el vademécum del patrocinador de su plan (una excepción de vademécum), o que obtenga un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción al nivel de cobertura). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o el plan limita la cantidad o dosificación del medicamento que está solicitando (una excepción de vademécum).

**Facturación de Balance –** Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le envía una factura a una paciente que excede la cantidad de costo compartido permitida en el plan. Como miembro de *[insert 2015 plan name]*, solo tiene que pagar nuestras cantidades de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores lleven a cabo “facturación de balance” ni que cobren de ninguna otra manera más que la cantidad de costo compartido que su plan dice que debe pagar.

**Farmacia de Fuera de la Red –** Una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta *Evidencia de Cobertura*, la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias de fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que apliquen ciertas condiciones.

**Farmacia de Red** - Una farmacia de red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos de receta. Las llamamos “farmacias de red” porque tienen contratos con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren solamente si se surten en una de nuestras farmacias de red.

**Hospicio** - Una persona inscrita a la que le quedan 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos darle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y sigue pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como los beneficios suplementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará tratamiento especial para su estado.

**Indicación Aceptada Médicamente –** El uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para mayor información acerca de las indicaciones aceptadas médicamente.

**Ingresos de Seguro Suplementario (Supplemental Security Income - SSI) –** Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas, o tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

**Límite de Cobertura Inicial** - El límite máximo de cobertura bajo la Etapa de Cobertura Inicial.

**Límites de Cantidad** - Una herramienta administrativa que está diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden imponerse en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un periodo de tiempo definido.

**Lista de Medicamentos Cubiertos (Vademécum o “Lista de Medicamentos”)** - Una lista de medicamentos de receta cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista están seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

**Medicaid (o Asistencia Médica) –** Un programa conjunto Federal y estatal que ayuda con costos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si es usted elegible tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para ver información acerca de cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

**Médicamente Necesario** - Servicios, insumos o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico, o el tratamiento de su condición médica y reúnen los estándares aceptados de práctica médica.

**Medicamento de Marca** – Un medicamento de receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que investigó y desarrolló el medicamento originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y los venden otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, no están disponibles hasta después de que haya expirado la patente del medicamento de marca.

**Medicamento Genérico** - Un medicamento de receta aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration - FDA) porque tiene el mismo ingrediente activo o los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” va igual de bien que un medicamento de marca y, generalmente, cuesta menos.

**Medicamentos Cubiertos** - El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos de receta cubiertos por nuestro plan.

**Medicamentos de Parte D** – Medicamentos que pueden cubrirse bajo Parte D. Puede que ofrezcamos todos los medicamentos de Parte D y puede que no. (Vea su vademécum para ver una lista específica de medicamentos cubiertos.) Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidos por el Congreso de estar cubiertos como medicamentos de Parte D.

**Medicare** - El programa de seguro médico Federal para las personas de 65 años de edad o más, algunas personas de menos de 65 años con ciertas incapacidades, y las personas con Enfermedad Renal de Etapa Final (generalmente los que tienen fallo renal permanente y necesitan diálisis o un transplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica 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 plan PACE,] o un Plan de Medicare Advantage.

**Medicare Original (“Medicare Tradicional” o Medicare de “Tarifa por Servicio)** - Medicare Original está ofrecido por el gobierno, y no por un plan médico privado como los Planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos de receta. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, los hospitales, y otros proveedores de atención médica cantidades establecidas por el Congreso. Puede ir a cualquier médico, hospital, u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) y puede obtenerse en todos los Estados Unidos.

**Miembro (Miembro de nuestro Plan o “Miembro del Plan”)** – Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS).

*[Delete if plan does not use tiers]* **Nivel de Costo Compartido** – Todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos están en uno de *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, mayor es su costo del medicamento.

**Organización de Mejora de Calidad (Quality Improvement Organization - QIO)** – Un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica pagados por el gobierno Federal para que inspeccionen y mejoren el cuidado que se les da a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para ver información acerca de cómo ponerse en contacto con el QIO de su estado.

**Parte C – véase “Plan de Medicare Advantage (MA).”**

**Parte D** – El Programa de Beneficios de Medicamentos de Receta de Medicare voluntario. (Para facilidad de referencia, llamaremos el programa de beneficios de medicamentos de receta Parte D.)

**Periodo de Beneficios** – *[Modify definition as needed if plan uses benefit periods for SNF stays but not for inpatient hospital stays.]* La manera en que [*insert if applicable:* nuestro plan y] Medicare Original mide su uso de servicios de hospital y de clínica de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility - SNF). *[Plans that offer a more generous benefit period, revise the following sentences to reflect the plan’s benefit period.]*El periodo de beneficios empieza el día que entra en un hospital o clinica de enfermería especializada. El periodo de beneficios acaba cuando no ha recibido ningún tipo de cuidado de hospital de paciente interno (o de cuidado especializado en una SNF) durante 60 días seguidos. Si entra a un hospital o clínica de enfermería especializada después de que ha terminado un periodo de beneficios, empieza otro periodo de beneficios. [*Insert if applicable:* Debe pagar el deducible de hospital de paciente interno para cada periodo de beneficios.] No hay límite de número de periodos de beneficios.

**Periodo de Cancelación de Inscripción de Medicare Advantage** – Un periodo de tiempo establecido cada año en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a Medicare Original. El Periodo de Cancelación de Inscripción de Medicare Advantage es del 1 de enero al 14 de febrero de 2015.

**Periodo de Inscripción Anual -** Un tiempo fijo cada otoño en el que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original. El Periodo de Inscripción Anual es del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

**Periodo de Inscripción Especial –** Un periodo fijo en el que los miembros pueden cambiarse de plan médico o de medicamentos o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que puede que sea elegible para un Periodo de Inscripción Especial incluyen: si se traslada fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Extra” con sus costos de medicamentos de receta, si se traslada a un hogar de enfermería, o si violamos nuestro contrato con usted.

**Periodo de Inscripción Inicial –** Cuando se hace elegible para Medicare, el periodo de tiempo en el que puede apuntarse en Medicare Parte A y Parte B. Por ejemplo, si se hace elegible para Medicare cuando cumple los 65 años, su Periodo de Inscripción Inicial es el periodo de 7 meses que empieza 3 meses antes del mes en que cumple los 65 años, incluye el mes en que cumple los 65 años, y acaba 3 meses después del mes en que cumple los 65 años.

*[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 (Health Maintenance Organization - HMO) o un Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan - CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos bajo la sección 1876(h) del Acta.]

**Plan de Medicare Advantage (MA)** - A veces se le llama Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos su beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un Plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un plan Privado de Tarifa por Servicio (Private Fee-For-Service - PFFS), o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (Medical Savings Account - MSA) de Medicare. Cuando se inscribe en un Plan de Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan, y no se pagan bajo Medicare Original. En la mayoría de los casos, los Planes de Medicare Advantage ofrecen también Medicare Parte D (cobertura de medicamentos de receta). Estos planes se llaman **Planes de Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos de Receta**. Todos los que tienen Medicare Parte A y Parte B son elegibles para apuntarse en cualquier plan médico de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas que tienen Enfermedad Renal de Etapa Final (a menos que apliquen ciertas excepciones.

**Plan de Necesidades Especiales –** Un tipo especial de Plan de Medicare Advantage que provee atención médica más concentrada para grupos de personas específicos, como los que tienen tanto Medicare como Medicaid, lo que viven en un hogar de enfermería, y los que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

**Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan - SNP) Equivalente Institucional** – Un Plan de Necesidades Especiales que inscribe personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel institucional de cuidado según la evaluación Estatal. La evaluación debe llevarse a cabo utilizando la misma herramienta de evaluación de nivel de cuidado Estatal respectiva y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrezca el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en una clínica de vida asistida (Assisted Living Facility - ALF) si es necesario para garantizar la uniformidad del cuidado especializado que se provee.

**Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan - SNP) Institucional** – Un Plan de Necesidades Especiales que inscribe personas elegibles que residen continuamente o que se espera que residan continuamente durante 90 días o más en una clínica de cuidado de largo plazo (Long-Term Care - LTC). Estas clínicas de LTC pueden incluir una clínica de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility - SNF); una clínica de enfermería (Nursing Facility - NF); (SNF/NF); una clínica de cuidado intermedio para retrasados mentales (Intermediate Care Facility/Mentally Retarded - ICF/MR); y/o una clínica psiquiátrica de paciente interno. Un Plan de Necesidades Especiales que sirve a residentes de Medicare de clínicas de LTC debe tener un arreglo contractual con (o ser propietario de y operar) la clínica o clínicas de LTC específicas.

**Plan de Organización de Proveedor Preferido (Preferred Provider Organization - PPO)** – Un plan de Organización de Proveedor Preferido es un Plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores con contratos que han accedido a tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, tanto si se reciben de proveedores de red como si se reciben de proveedores de fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para sus costos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de red (preferidos) y un límite más alto de sus costos de bolsillo combinados por servicios tanto de proveedores de dentro de la red (preferidos) como de proveedores de fuera de la red (no preferidos).

**Plan Médico de Medicare -** Un plan médico de Medicare viene ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveer beneficios de Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes de Medicare Advantage, los Planes de Costo de Medicare, los Programas de Demostración/Pilotos, y los Programas de Cuidado de Inclusión Total para los Ancianos (Programs of All-inclusive Care for the Elderly - PACE).

*[Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **Plan PACE** – Un plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly - Programa de Cuidado de Inclusión Total para los Ancianos) combina servicios médicos, sociales y de cuidado de largo plazo (Long-Term Care - LTC) para las personas débiles para ayudar a que mantengan su independencia y a que sigan viviendo en la comunidad (en vez de trasladarse a un hogar de enfermería) durante el mayor tiempo posible, al tiempo que reciben el cuidado de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.]

**Póliza de “Medigap” (Seguro Suplementario de Medicare)** - Seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las faltas de cobertura de Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo pueden utilizarse con Medicare Original. (Un Plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap.)

**Precio de Costo Compartido Diario** – Puede aplicar un “precio de costo compartido diario” cuando su médico receta menos de un suministro completo para un mes para usted y se le requiere que haga un copago. Un precio de costo compartido diario es el copago dividido por el número de días que hay en el suministro de un mes. Ejemplo: Si su copago para el suministro de un mes de un medicamento es $30, y el suministro de un mes en su plan es 30 días, entonces su “precio de costo compartido diario” es $1 al día. Esto quiere decir que paga $1 por el suministro de cada día cuando se le surte la receta.

**Prima**– El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros, o un plan de atención médica por cobertura de medicamentos de receta.

*[Plans that do not use PCPs omit]***[*insert as appropriate:* Médico *OR* Proveedor] de Cuidado Primario (Primary Care Physician (or Provider) - PCP)** – Su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor con el que consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Se asegura de que reciba el cuidado que necesita para mantenerlo saludable. También puede que hable con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su cuidado y que lo refiera a ellos. En muchos planes médicos de Medicare, debe consultar con su proveedor de cuidado primario antes de visitar a ningún otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para ver información acerca de los [*insert as appropriate:* Médicos *OR* Proveedores] de Cuidado Primario.

**Programa de Descuento de Falta de Cobertura de Medicare** – Un programa que provee descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca de Parte D a las personas inscritas en Parte D que han alcanzado la Etapa de Falta de Cobertura y no reciben ya “Ayuda Extra.” Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno Federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de, pero no todos los medicamentos de marca están descontados.

**Proveedor de Fuera de la Red o Clínica de Fuera de la Red** - Un proveedor o clínica con los que no hemos hecho arreglos para coordinar o proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de fuera de la red son proveedores que no están empleados por, no son propiedad de, y no están operados por nuestro plan, ni tienen contrato para proveerle servicios cubiertos a usted. El uso de los proveedores y clínicas de fuera de la red se explica en este manual en el Capítulo 3.

**Proveedor de Red –** “Proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales, y otras clínicas de atención médica que están certificados por Medicare y por el Estado para que provean servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de red**” cuando [*insert if appropriate:* tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar *OR* aceptan] nuestro pago como pago completo, y, en algunos casos para coordinar así como proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de red según los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores acceden a proveerle a usted servicios cubiertos por el plan. A los proveedores de red puede llamárseles también “proveedores del plan.”

**Sanción de Inscripción Tardía** – Una cantidad añadida a su prima mensual de cobertura de medicamentos de Medicare si pasa un periodo continuo de 63 días o más sin cobertura acreditable (cobertura de la que se requiere que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de receta estándar de Medicare). Usted paga esta cantidad más alta mientras tenga un plan de medicamentos de receta de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar sus costos de plan de medicamentos de receta, no pagará una sanción de inscripción tardía.

**Servicios Cubiertos** - El término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica e insumos que están cubiertos por nuestro plan.

**Servicios Cubiertos por Medicare -** Los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes médicos de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

**Servicios de Miembros** – Un departamento dentro de nuestro plan que tiene la responsabilidad de contestar sus preguntas acerca de su membresía, sus beneficios, sus agravios, y sus apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo ponerse en contacto con Servicios de Miembros.

**Servicios de Rehabilitación** - Estos servicios incluyen terapia física, terapia de habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

**Subvención de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy - LIS)** - Véase “Ayuda Extra.”

**Tarifa de Dispensación** - Una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto por el costo de surtir una receta. La tarifa de dispensación cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

**Terapia Escalonada** - Una herramienta de utilización que requiere que pruebe primero un cierto medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico ha recetado inicialmente.

*[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.]*

**Servicios de Miembros de *[Insert 2015 plan name]***

| Método | Servicios de Miembros – Información de Contacto |
| --- | --- |
| **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 de Miembros tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | [*Insert number*]  *[Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o 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.]* |
| **SITIO 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 asesoría de seguro médico 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 | Servicios de Miembros – 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 solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.] |
| **ESCRIBA** | [*Insert address*] |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |