**[MA-PD PPO (and ISNPs and CSNPs) models]  
[2017 ANOC model]**

***[Insert 2017 plan name] ([insert plan type]) ofrecido por [insert MAO name]***

# Aviso Anual de Cambios para 2017

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

Actualmente está inscrito como miembro de *[insert 2016 plan name]*. El próximo año, habrá cambios en los costos y los beneficios del plan*. Este folleto explica los cambios.*

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

Fuentes de Información Adicionales

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Esta información esta disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado al *[insert phone number]* para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben de LLAME al [*insert TTY number*]). El horario es de *[insert days and hours of operation]*.] Servicios para Miembros [*plans that meet the 5% threshold insert:* también] ofrecen servicios de intérprete gratis 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 *[edit section number as needed]* Sección 8.1 de este folleto).
* *[Plans that meet the 5% threshold insert the paragraph above in all applicable languages.]*
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*
* Cobertura esencial mínima (MEC): La cobertura bajo este plan califica como cobertura esencial mínima (Minimum essential coverage, MEC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Interno (Internal Revenue Service, IRS) en <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision> para obtener más información sobre los requisitos individuales para la MEC.

Información Acerca de *[insert 2017 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro”, significa *[insert MAO name]*. Cuando dice “plan” o “Nuestro Plan”, significa *[insert 2017 plan name]*.

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

Considere su cobertura de Medicare para el próximo año

Cada otoño, Medicare le permite cambiar su cobertura de salud y medicamentos durante el período de inscripción anual. Es importante revisar su cobertura actual para asegurarse de que se adapte a sus necesidades el año que viene.

Diligencias importantes que usted debe hacer:

* **Verifique los cambios producidos en sus beneficios y costos para ver si éstos lo afectan. ¿**Afectan esos cambios a los servicios que usted utiliza? Es importante revisar los cambios en beneficios y costos para asegurarse de que van a funcionar para usted el año que viene. Busque en las secciones *[insert section number]* y *[insert section number]* para obtener información sobre cambios en beneficios y costos de nuestro plan.
* **Compruebe los cambios a nuestra cobertura de medicamentos recetados a ver si le afectan.** ¿Se cubrirán sus medicamentos? ¿Están en u nivel diferente? ¿Se puede seguir utilizando las mismas farmacias? Es importante revisar los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos funcione para usted el año que viene. Busque en la sección *[insert section number]* para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
* **Compruebe si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.** ¿Sus doctores son parte de nuestro red? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted utiliza? Busque en la sección *[insert section number]* para obtener información acerca de nuestro Directorio de Proveedores.
* **Considere sus gastos globales del cuidado de salud.** ¿Cuánto vas a gastar de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que usted utiliza periódicamente? ¿Cuánto gastará en su prima? ¿Cómo son los gastos globales en comparación con otras opciones de cobertura de Medicare?
* **Considere si usted está satisfecho con nuestro plan.**

Si usted decide seguir con *[insert 2017 plan name]*:

Si quiere quedarse con nosotros el año que viene, es fácil – usted no tiene que hacer nada.

Si usted decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura satisface mejor sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si se inscribe en un plan nuevo, su cobertura nueva comenzará el 1 de enero del 2017. Busque en la sección *[edit section number as needed]* 4.2 para aprender más sobre sus opciones.

Resumen de costos significativos para el 2017

La siguiente tabla compara los costos del 2016 y del 2017 para *[insert 2017 plan name]* en varias áreas importantes. **Por favor tome en cuenta que esto sólo es un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de esta *Notificación Anual de Cambios*** y revisar el [*insert as applicable:* adjunto *OR* unido] *Evidencia de cobertura* a ver siotros beneficios o cambios en costo le afecta.

| Costo | 2016 (este año) | 2017 (el próximo año) |
| --- | --- | --- |
| La prima mensual del plan\*  \* Su prima puede ser más o menos que esta cantidad. Vea la sección *[edit section number as needed]* 2.1 para más detalles. | *[Insert 2016 premium amount]* | *[Insert 2017 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row.]*  Deducible | *[Insert 2016 deductible amount]* | *[Insert 2017 deductible amount]* |
| Pago máximo del propio bolsillo  Este es el monto máximo que pagarás fuera de su bolsillo por sus servicios cubiertos Parte A y Parte B  (Vea la sección *[edit section number as needed]* 2.2 para más detalles.) | De los proveedores de la red: *[insert 2016 in-network MOOP amount]*  De proveedores de la red y fuera de la red combinados: *[insert 2016 combined MOOP amount]* | De los proveedores de la red: *[insert 2017 in-network MOOP amount]*  De proveedores de la red y fuera de la red combinados: *[insert 2017 combined MOOP amount]* |
| Visitas al consultorio médico | Consultas de atención primaria: *[insert 2016 cost-sharing for PCPs]* por visita  Visitas al especialistas: *[insert 2016 cost-sharing for specialists]* por visita | Consultas de atención primaria: *[insert 2017 cost-sharing for PCPs]* por visita  Visitas al especialistas: *[insert 2017 cost-sharing for specialists]* por visita |
| Hospitalizaciones  Incluye internación aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. Atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día que ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de que le den de alta es su último día de hospitalización. | *[Insert 2016 cost-sharing]* | *[Insert 2017 cost-sharing]* |
| Parte D La cobertura de medicamentos recetados  (consulte sección *[edit section number as needed]* 2.6 para detalles.) | Deducible: *[insert 2016 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la etapa de cobertura inicial:   * Nivel de Medicamentos 1: *[insert 2016 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | Deducible: *[insert 2017 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la etapa de cobertura inicial:   * Nivel de Medicamentos 1: *[insert 2017 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* |

Aviso Anual de Cambio para 2017

Índice

*[Update table below after completing edits]*

Considere su cobertura de Medicare para el próximo año 1

Resumen de costos significativos para el 2017 2

SECCIóN 1 Estamos Cambiando el Nombre de Plan 1

SECCIóN 1 A menos que usted elija otro plan, usted será inscrito automáticamente en *[insert 2017 plan name]* para el 2017 1

SECCIóN 2 Cambios en los beneficios y costos pare el próximo año 2

Sección 2.1 – Cambios a su prima mensual 2

Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo de su bolsillo 2

Section 2.3 – Cambios en la red de proveedores 3

Sección 2.4 – Cambios a la red de farmacias 4

Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos 5

Sección 2.6 – Cambios a la Cobertura de Medicamentos Parte D 6

Sección 3 Otros Cambios 13

Sección 4 Cómo decidir qué plan elegir 13

Sección 4.1 – Si usted desea seguir en *[insert 2017 plan name]* 13

Sección 4.2 – Si usted desea cambiar de plan 13

Sección 5 Fechas límite para cambiar de plan 14

Sección 6 Programas que ofrecen consejo gratuito acerca de Medicare 15

Sección 7 Programas que ayudan a pagar por las recetas médicas 15

Sección 8 ¿Preguntas? 16

Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de *[insert 2017 plan name]* 16

Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda directamente de Medicare 17

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

SECCIóN 1 Estamos Cambiando el Nombre de 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 del 2017, el nombre de nuestro plan va a cambiar de *[insert 2016 plan name]* a *[insert 2017 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 usted elija otro plan, usted será inscrito automáticamente en *[insert 2017 plan name]* para el 2017

*[If the beneficiary is being enrolled into another plan due to a consolidation, include Section 1, using the section title above and the text below. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that 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.]*

El 1 de enero del 2017, *[insert MAO name]* estaremos combinando *[insert 2016 plan name]* con uno de nuestros planes, *[insert 2017 plan name]*.

**Si usted no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare para el 7 de diciembre de 2016, nosotros lo inscribiremos en nuestro *[insert 2017 plan name]*.** Esto quiere decir que a partir del 1 de enero del 2017 usted va a obtener su cobertura médica y medicamentos recetados a través de *[insert 2017 plan name]*.. Si desea, se puede cambiar a otro plan de salud de Medicare. También puede cambiar a Medicare Original. Si desea cambiarse, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

La información contenida en este documento le informa sobre las diferencias entre sus beneficios actuales en *[insert 2016 plan name]* y los beneficios que tendrá a partir del 1 de enero del 2017 como miembro de *[insert 2017 plan name]*.

[*Plans that have previously notified members about the enrollment may insert the following paragraph, editing as necessary: [insert MAO name]* les enviamos un carta llamada “*[insert name of letter].”* Esta carta le dice más acerca de este cambio. Si usted tiene algunas preguntas, o si usted no recibió la carta, por favor llame a Servicios para Miembros (Los números de teléfono están en sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto).]

SECCIóN 2 Cambios en los beneficios y costos pare el próximo año

### Sección 2.1 – Cambios a su prima mensual

*[Plans may add a row to this table to display changes in premiums for optional supplemental benefits.]*

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

| Costo | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima Mensual  *[Plans that include a Part B premium reduction benefit may modify this row to describe the change in the benefit.]*  (También tienes que seguir pagando su prima para la Parte B de Medicare.) | *[Insert 2016 premium amount]* | *[Insert 2017 premium amount]* |

* Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D de por vida por estar sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos igual de buena que la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada "cobertura válida") por 63 días o más, si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
* Si tiene un ingreso alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional al mes directamente al gobierno por sus medicamentos recetados que Medicare cubre.
* Su prima mensual será *menor* si estas recibiendo “ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados.

### Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo de su bolsillo

*[Plans that include the costs of supplemental benefits in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

Para protegerlo, Medicare requiere que todo los planes de salud limiten lo que usted puede pagar “de su bolsillo” durante el año. Estos límites se llaman el “monto máximo de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general no pagara por los servicios [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] cubiertos para el resto del año.

| Costo | 2016 (este año) | 2017 (el próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red  Su costo por servicios médicos que son cubiertos (tal como copagos [*insert if plan has a deductible:* y deducibles]) de proveedores de la red son considerados hacia el costo máximo de su bolsillo. *[Plans with no premium may modify the following sentence as needed.]* La prima de su plan y los costos de sus medicamentos recetados no cuentan hacia el monto máximo de su bolsillo. | *[Insert 2016 in-network MOOP amount]* | *[Insert 2017 in-network MOOP amount]*  Una vez que haya pagado *[insert 2017 in-network MOOP amount]* fuera de su bolsillo por servicios [*insert if applicable:* Parte A y Parte B] cubiertos, usted no tendrá que pagar por servicios [*insert if applicable:* Parte A y Parte B] cubiertos por proveedores de la red por el resto del año. |
| Máximo combinado de gastos de su propio bolsillo  Su costo por servicios médicos que son cubiertos (tal como copagos [*insert if plan has a deductible:* y deducibles]) de proveedores de la red y fuera de la red son considerados hacia el costo máximo de su bolsillo. *[Plans with no premium delete the following sentence.]* La prima de su plan no cuenta hacia el monto máximo de su bolsillo. | *[Insert 2016 combined MOOP amount]* | *[Insert 2017 combined MOOP amount]*  Una vez que hayas pagado *[insert 2017 combined MOOP amount]* fuera de su bolsillo por servicios [*insert if applicable:* Parte A y Parte B] cubiertos, usted no tendrá que pagar por servicios [*insert if applicable:* Parte A y Parte B] cubiertos por proveedores de la red y fuera de la red por el resto del año calendario. |

### Section 2.3 – Cambios en la red de proveedores

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its provider network]* Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestra Lista de proveedores en el sobre junto con esta publicación.] Usted puede localizar una Lista de proveedores actualizada en nuestro sitio Web *[insert URL]*.] Usted también puede comunicarse con los Servicios a los miembros para obtener información actualizada acerca de los proveedores, o para solicitar que le enviemos por correo una Lista de proveedores. **Por favor, examine la Lista de Proveedores para el año 2017, para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen en nuestra red**.

OR

[*For a plan that will have a higher than normal number of providers either leaving and/or joining its network]* Nuestra red ha cambiado más de lo usual para 2017. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestra Lista de Proveedores en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web [*insert URL*] puede encontrar un Directorio de Proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada de los proveedores o para solictarnos que le enviemos una Lista de Proveedores por correo. **Le recomendamos que examine la Lista de Proveedores actual, para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen en nuestra red**.

Es importante que usted sepa que es posible realizar cambios de hospitales, médicos, y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay varias razones por lo cual su proveedor podría dejar su plan pero si su doctor o especialista deja su plan usted tiene derechos y protecciones que se resume a continuación:

* A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año Medicare exige que le facilitemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas cualificados.
* Si es posible le notificaremos 30 días en anticipación que su proveedor vaya a dejar nuestro plan para que tengas tiempo para seleccionar un proveedor nuevo.
* Le ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado que pueda continuar administrando sus necesidades de atención médica.
* Si usted va a recibir un tratamiento médico usted tiene el derecho de solicitar, y vamos a trabajar con usted para asegurar, que el tratamiento cual es necesario que vas a recibir no sea interrumpido.
* Si usted cree que no le hemos suministrado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuido no está siendo manejado apropiadamente usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
* Si usted descubre que su médico o especialista está dejando su plan, por favor contáctenos para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y manejar su cuido.

### Sección 2.4 – Cambios a la red de farmacias

La cantidad que usted paga por sus medicamentos recetados depende de cual farmacia usted utilize. Los planes de medicamentos de Medicare tienen un red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas serán cubiertas *solo* si son procesada en una de nuestras farmacias en la red. [*Insert if applicable:* Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, cual le puede ofrecer un costo compartido más económico que el estándar costo compartido ofrecido por otras farmacias en nuestra red.]

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestra Lista de farmacias en el sobre con esta publicación.] Puede encontrar una Lista de farmacias actualizada en nuestro sitio web en [*insert URL*]. También puede llamar a Servicios para Miembros para que le den información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo una Lista de Farmacias. **Sírvase revisar la Lista de Farmacias del 2017 para que vea qué farmacias están en nuestra red.**

*OR*

[*For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network]* Nuestra red ha cambiado más de lo usual para 2017. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestra Lista de Farmacias en el sobre junto con este folleto.] En nuestro sitio de Internet [*insert URL*] podrá encontrar la Lista de Farmacias actualizado. [*insert URL*]. También puede llamar a Servicios para Miembros para que le den información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Le recomendamos que revise la Lista de Farmacias actual para que vea si su farmacia todavía están nuestra red**.

### Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

[*If there are no changes in benefits or in cost-sharing, revise heading to “There are no changes to your benefits or amounts you pay for medical services” and replace the rest of this section with:* Nuestros beneficios y lo que ustes paga por estos servicio médicos serán exactamente igual en el 2017 como el 2016.]

Estamos cambiando nuestra cobertura para algunos servicios médicos el próximo año. La información que sigue describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (Lo que esta cubierto y que es lo que usted paga)*, *en su 2017 Evidencia de Cobertura*.

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2016 benefits that will end for 2017, 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 2017; and (3) all changes in cost-sharing for 2017 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 | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | [*For benefits that were not covered in 2016 insert:*  *[insert benefit name*] no está cubierto.]  [*For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un $ *[insert 2016 copayment amount]* copago *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “Per office visit”].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* Usted paga *[insert 2016 coinsurance percentage]*% del monto total  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “for up to one visit per year”].*] | [*For benefits that are not covered in 2017 insert: [insert benefit name*] no está cubierto.]  [*For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un $ *[insert 2017 copayment amount]* copago *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “per office visit”].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:*  Usted paga *[insert 2017 coinsurance percentage]*% del monto total  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “for up to one visit per year”].*] |
| *[Insert benefit name]* | *[Insert 2016 cost/coverage, using format described above.]* | *[Insert 2017 cost/coverage, using format described above.]* |

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

#### Cambios a Nuestra Lista de Medicamentos

La lista de medicamentos que cubrimos se llama un Formulario o “ Lista de medicamentos.” Una copia de nuestra lista de medicamentos está en este sobre. [*If including an abridged formulary, add the following language:*La Lista de medicamentos que incluimos en este sobre incluye muchos, pero no todos, los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que esté cubierto de todos modos**. Puede obtener la Lista de medicamentos** *completa* si llama a Servicios para Miembros (vea la contraportada) o si visita nuestro sitio web(*[insert URL]*).]

[*Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with:* No le hemos hecho cambios a nuestra Lista de Medicamentos para el próximo año. Los medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos será la misma en 2017 que en 2016. Sin embargo, le podemos hacer cambios a la Lista de Medicamentos de vez en cuando durante en transcurso del año, con el permiso de Medicare o si un medicamento ha sido retirado del mercado por la FDA o un fabricante.]

Le hemos hecho cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a la restricciones que se aplican a la cobertura de algunos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos serán cubiertos el próximo año y para ver si va a ver alguna restricción.**

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

* **Colabore con su médico (u otro proveedor) y pedirle al plan que haga una excepción** para que cubra el medicamento. *[Plans may omit the following sentence if they do not have an advance transition process for current members.]* **Recomendamos que los miembros actuales** pidan una excepción antes del próximo año.
  + Para saber que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 del *Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* o llame a Servicios para Miembros.
* **Trabaje con su médico (u otro proveedor que recete) para encontrar otro medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema médico.

*[Plans may omit this if all current members will be transitioned in advance for the following year.]*En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal, **una vez**, de un medicamento que no está en el formulario durante los primeros 90 días de cobertura del año o cobertura del plan. (Para obtener más información sobre cuando puedes obtener un suministro temporal y como puedes solicitar uno, consulte el Capítulo 5, sección 5.2 (de la *Evidencia de Cobertura*.) Durante el tiempo que estés recibiendo un suministro temporal de un medicamento, usted debe de hablar con su médico para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se termine. Usted puede cambiar a un medicamento diferente que sea cubierto por el plan o pedirle al plan que haga un excepción y le cubra so medicamento actual.

*[Plans may include additional information about processes for tranPÁGINAning 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 a los Costos de Medicamentos Recetados

*Nota:* Si usted está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de medicamentos recetados Parte D [***insert as applicable:* **puede** *OR* **no puede] aplicarte.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *OR* le mandamos] un inserto separado, denominado, “Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también llamado el “Condición de subsidio por bajos ingresos” o el “LIS”, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “ Ayuda Adicional” y [*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* no recibiste el inserto dentro de este paquete,] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* o no han recibido este inserto por *[insert date]*,] por favor llame a Sservicios para Miembros y solicite la “Clásula LIS”. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están en la sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago por medicamentos”. La cantidad que usted paga por un medicamentos Parte D depende de que etapa de pago por medicamento usted este. (Usted puede mirrar al Capítulo 6, Sección 2 de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información acerca de la etapas.)

A continuación se muestra los cambios para el proximo año para la dos primeras etapas – la estapa de deducible anual y la estapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no lleagan a las otras dos etapas – la etapa de brecha de cobertura o la etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre los costos de estas etapas, mirre el Capítulo 6, secciones 6 y 7, en el [*insert as applicable:* adjuntada *OR* incluida] *Evidencia de Cobertura*.)

Cambios a la Etapa de Deducible

| Etapa | 2016 (este año) | 2017 (el próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 1: Etapa de deducible anual  Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de su [*insert as applicable:* Parte D *OR* nombre de marca *OR* *[tier name(s)]*] medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual.  [*Plans with no deductible, omit text above*.] | El deducible es $*[insert 2016 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos deducible esta etapa de pago no se aplica a usted.]  [*Plans with tiers excluded from the deductible in 2016 and/or 2017 insert the following:*] Durante esta etapa, usted paga *[insert cost-sharing amount that a beneficiary would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* un costo Compartido de $0 para medicamentos en [*insert name of tier(s) excluded from the deductible*] y el costo total de los medicamentos en [*insert name of tier(s) where copayments apply*] hasta que haya alcanzado su deducible anual. | El deducible es $*[insert 2017 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos deducible esta etapa de pago no se aplica a usted.]  [*Plans with tiers excluded from the deductible in 2016 and/or 2017 insert the following:*] Durante esta etapa, usted paga *[insert cost-sharing amount that a beneficiary would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* un costo Compartido de $0 para medicamentos en [*insert name of tier(s) excluded from the deductible*] y el costo total de los medicamentos en [*insert name of tier(s) where copayments apply*] hasta que haya alcanzado su deducible anual. |

Cambios a su costos compartidos durante la etapa de cobertura Inicial

*[Plans that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2016 to 2017 insert, “*Para medicamentos en *[insert name of tier(s)]*, sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial cambian de [*insert whichever is appropriate “*copago a coseguro” *<or>* “coseguro a copago”.] Sírvase consultar el siguiente cuadro para ver los cambios de 2016 a 2017.”]

Para saber más acerca de cómo funcionan copagos y coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos directos de su bolsillo que paga por medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

*[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.]*

| Etapa | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial:  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* Una vez que usted paga el deducible anual, usted se mueve a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.** *[Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2016 to 2017 insert for each applicable tier: “*Para 2016 usted pagó [*insert as appropriate “*un copago de $[*xx*]” <*or>* “un coseguro de [*xx*]%”] para medicamentos en el*[insert tier name]*. Para 2017 usted pagará [*insert as appropriate “*un copago $[*xx*]” <*or>* “coseguro de [*xx*]%”] para los medicamentos en este nivel.”*]*  Los costos de esta fila son para un suministro de un mes (*[insert number of days in a one-month supply]*-días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que provee costo compartido estándar. *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert “*El número de días en un suministro de un mes ha cambiado de 2016 a 2017, como se indica en el cuadro.”*]* Para obtener información acerca de los costos *[insert as applicable:* para un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece costo compartido preferido; o por recetas de pedido por correo], consulte el Capítulo 6, Sección 5 de *Evidencia de Cobertura*.  [*Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelo en la Lista de Medicamentos.] | Su costo para un suministro de un mes *[plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes*”]* en una farmacia de la red con costo compartido estándar:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento *OR* *[xx]*% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento *OR* *[xx]*% del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tan pronto [*insert as applicable*: sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado $*[insert 2016 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (el Período Sin Cobertura). *OR* usted ha pagado $*[insert 2016 initial coverage limit],* de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasarás a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] | Su costo para un suministro de un mes *[plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes*”]* en una farmacia de la red con costo compartido estándar:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento *OR* *[xx]*% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento *OR* *[xx]*% del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tan pront [*insert as applicable*: sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado $*[insert 2017 initial coverage limit],* pasarás a la siguiente etapa (el Período Sin Cobertura). usted ha pagado $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasarás a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] |

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

| Etapa | 2016 (este año) | 2017 (Próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence]* Tan pronto pagues el deducible anual, usted se mueve a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**. *[Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2016 to 2017 insert for each applicable tier: “*Para 2016 usted pagó [*insert as appropriate “*un copago de $[*xx*]” <*or>* “un coseguro de [*xx*]%”] para medicamentos en este nivel. Para 2017 usted pagará [*insert as appropriate “*un copago de $[*xx*]” <*or>* “coseguro de [*xx*]%”] para los medicamentos en este nivel.”*]*  Los costos de esta fila son para un suministro de un mes (*[insert number of days in a one-month supply]*-días) al surtir su receta en una farmacia de la red. *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert “*El número de días en un suministro de un mes ha cambiado de 2016 a 2017, como se indica en el cuadro.”*]* Para obtener información acerca de los costos *[insert as applicable:* para un suministro a largo plazo o por las recetas de pedido por *correo]* consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su *Evidencia de Cobertura.*  *[Insert if applicable:* Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelo en la Lista de Medicamentoss.] | Su costo por un suministro de un mes *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes*”]* en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo-Compartido Estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento *OR* *[xx]*% o del costo total].  *Cost-Compartido Preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento *OR* *[xx]*% del costo total].  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo-Compartido Estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento *OR* *[xx]*% o el costo total].  *Cost-Compartido Preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento *OR* *[xx]*% del costo total].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tan pronto [*insert as applicable*: sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado $*[insert 2016 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (el Período Sin Cobertura). *OR* usted ha pagado $*[insert 2016 out-of-pocket threshold]* de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasarás a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] | Su costo por un suministro de un mes *[Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2016 to 2017 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes*”]* en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo-Compartido Estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento *OR* *[xx]*% o del costo total].  *Cost-Compartido Preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento *OR* *[xx]*% del costo total].  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo-Compartido Estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento *OR* *[xx]*% o el costo total].  *Cost-Compartido Preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $*[xx]* por medicamento *OR* *[xx]*% del costo total].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tan pront [*insert as applicable*: sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado $*[insert 2017 initial coverage limit],* pasarás a la siguiente etapa (el Período Sin Cobertura). usted ha pagado $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasarás a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).] |

Cambios a la Etapa de Brecha de Cobertura y la Cobertura Carastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos – la Etapa de Brecha de Cobertura y la Cobertura Catastrófica – son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de Brecha de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica.** *[Sponsors that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2016 to 2017 insert the following sentence. If many changes are being made, it may be repeated as necessary:* Para la Etapa de Cobertura *[insert coverage stage involved],* para medicamentos en los niveles*] [xx]* [*insert tiers*], sus costos compartidos cambian de [*insert whichever is appropriate “*un copago a un coseguro” *<or>* “un coseguro a un copago.”*]* Para obtener información sobre los costos de estas etapas, mirre el capítulo 6, Sección 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.]*

| Proceso | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2016 administrative description]* | *[Insert 2017 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2016 administrative description]* | *[Insert 2017 administrative description]* |

Sección 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si usted desea seguir en *[insert 2017 plan name]*

**Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente se permanece inscrito como miembro de nuestro plan para 2017.

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

Esperamos que sigas siendo miembro el próximo año, pero si usted quiere cambiar para el 2017 siga estos pasos:

Paso 1: Conoce y compare sus opciones

* Usted se puede inscribir u otro plan de salud de Medicare
* *--O*—Usted puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, usted tendra que elegir un plan de medicamentos de Medicare o comprar un póliza complementaria de Medicare (Medigap)

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2017*, llame a su Programa de Asistencia sobre Seguros de (consulte le Sección *[edit section number as needed]* 6), o llame a Medicare (consulte le Sección *[edit section number as needed]* 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Lo puede encontrar en Go to <http://www.medicare.gov> “Encuentre los planes de salud y de medicamentos.” **Aquí, usted puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

[*Plans may choose to insert if applicable:* Como recordatorio, *[insert MAO name]* ofrece otra [*insert as applicable:* Planes de salude de Medicare *AND/OR* planes de medicamentos recetados de Medicare. Los otros planes pueden diferir en cobertura, prima mensual y el la cantidad de costo compartido.]]

Paso 2: Cambiando su cobertura

* Para cambiar a **otro plan de salud de Medicare**, inscribase en el plan nuevo. Automáticamente será desafíliado *[insert 2017 plan name]*.
* Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribase en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente será desafíliado *[insert 2017 plan name]*.
* Para **cambiar a Medicare Original si un plan de medicamentos recetados**, tendras que:
  + Enviarnos una solicitud por escrito. Contacte a Servicios al Cliente si necesitas más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de este folleto).
  + *– O –* llame a **Medicare** al, at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), estan disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicite su desafiliación. Los usuarios de TTY deben de LLAME al 1-877-486-2048.

Sección 5 Fechas límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, lo puede hacer a partir del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio tomará efecto de 1 de enero de 2017.

¿Se pueden hacer cambios durante el año?

En ciertas situaciones se permiten cambios durate el año. Por ejemplo, las personas con Medicaid que reciben “ Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tiene o dejan la cobertura del empleador, y aquellos que se mudan fuera del área de servicio se les permite hacer cambios durante en año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

Si usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage para 01 de enero 2017, y no le gusta el plan que ha seleccionado, usted puede cambiar a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero 2017you can switch to Original Medicare between January 1 and February 14, 2017. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cobertura*.

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

Usted puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Usted puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados aparte de Medicare) en cualquier momento.]

Sección 6 Programas que ofrecen consejo gratuito acerca de Medicare

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

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

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

Sección 7 Programas que ayudan a pagar por las recetas médicas

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

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

Sección 8 ¿Preguntas?

### Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de *[insert 2017 plan name]*

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

Lea su *Evidencia de Cobertura* 2017 (tiene detalles acerca de los beneficios y costos para el próximo año)

Esta *Notificación Anual de Cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2017. Para más detalles, consultar la *Evidencia de Cobertura* 2017 para*[insert 2017 plan name].* La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos recetados. Una copia de *la Evidencia de cobertura* se incluye en este sobre.

**Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro página web en *[insert URL]*. Como recordatorio, nuestro página web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario / Lista de Medicamentos).

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

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Usted puede llamar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.24 hours a day, 7 days a week.

**Visite el sitio web de Medicare**

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

Lee *Medicare y Usted 2017*

Usted puede leer el manual *Medicare y Usted 2017*. Cada año, en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en la página web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**[2017 EOC model]**

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017**

# Evidencia de Cobertura:

**Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos recetados como miembro de *[insert 2017 plan name] [insert plan type]***

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

Este manual le proporciona los detalles acerca de su atención médica de Medicare y cobertura de medicamentos recetados desde enero 1 hasta diciembre 31, 2017. En él se explica cómo obtener la cobertura de los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Por favor guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, *[insert 2017 plan name],* es ofrecido por *[insert MAO name]*. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa *[insert MAO name].* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *[insert 2017 plan name].*)

*[Insert Federal contracting statement.]*

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

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

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

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits.]* Beneficios, formulario, red de farmacias, las primas, los deducibles y / o copagos / coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2017.

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias, la prima, el deducible, y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2018.

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* Aprobado por CMS [MMDDYYYY]  *O [insert Material ID]* File & Use[MMDDYYYY]]

**Evidencia de cobertura 2017**

**Indice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. Usted encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.This list of chapters and page numbers is your starting point. For more help in finding information you need, go to the first page of a chapter. You will find a detailed list of topics at the beginning of each chapter.

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

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

Capítulo 2. Números de teléfono y datos importantes 23

Le dice cómo ponerse en contacto con nuestro (*[insert 2017 plan name]*) y con otras organizaciones incluyendo Medicare, el Programa de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de Calidad, Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro de salud estatal para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados, y la Junta de Retiro Ferroviario.

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

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted) 59

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

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 98

Explica las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Explica cómo utilizar la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Le dice los tipos de medicamentos que no se cubren . Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Informa sobre los programas del plan para la seguridad y administración de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 124

Le informa sobre la *[insert number of stages]* etapas de la cobertura de medicamentos(*[delete any stages that are not applicable] Etapa de deducible, etapa de cobertura inicial, etapa de intervalo sin cobertura, etapa de cobertura catastrófica)*y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. *[Plans without drug tiers, delete the following sentence.]* Explica el *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y le informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido. Le informa sobre la multa por inscripción tardía.

Capítulo 7. Cómo solicitar que paguemos nuestra porción de una factura que usted recibió por cuidados médicos cubiertos 156

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 163

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

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

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

* Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si usted está teniendo problemas recibiendo la atención médica o medicamentos recetados que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos sobre excepciones a las reglas o restricciones adicionales a su cobertura de medicamentos recetados y pedirnos que continuemos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura está terminando antes de tiempo.
* Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo cancelar su plan 234

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

Capítulo 11. Avisos legales 245

Incluye avisos sobre la ley y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes 247

Explica términos utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Por dónde empezar una vez que usted es miembro

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

SECción 1 Introducción 4

Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2017 plan name]*, que es un PPO de Medicare 4

Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2017 plan name]*, que es un plan de Medicare de Vetaja especializado (“Plan de Necesidades Especiales”) 4

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

Sección 1.3 ¿Qué le explica este Capítulo? 5

Sección 1.4 ¿Qué ocurre si usted es nuevo a [*insert 2017 plan name*]? 5

Sección 1.5 Información legal acerca la *Evidencia de cobertura* 6

SECción 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro de un plan? 6

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad 6

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

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan *[insert 2017 plan name]* 8

Sección 2.4 Ciudadano o presencia legal en EE. UU. 8

SECción 3 ¿Qué otros documentos recibirá de nuestra parte? 8

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía - Utilícela para obtener todos los medicamentos asistencia cubierta y medicamentos recetados 8

Sección 3.2 El *Directorio de Proveedores*: su guía de todos los proveedores en la red del plan 9

Sección 3.3 El *Directorio de Farmacias*: su guía de las farmacias de nuestra red 10

Sección 3.4 La *Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Formulario*) 11

Sección 3.5 La explicación de medicmentos Parte D (La “ Parte D EOD”) he *Part D* *Explanation of Benefits* (the “Part D EOB”): Le explica en resumen lo pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D 11

SECción 4 Su prima mensual para *[insert 2017 plan name]* 11

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan? 11

Sección 4.2 Existen varias maneras en que puede pagar su prima del plan 14

Sección 4.3 ¿Podremos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? 16

SECción 5 Por favor mantenga actualizado sus datos como miembro 17

Sección 5.1 Cómo ayudar a asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted 17

SECción 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud 18

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 18

SECción 7 Cómo otros seguros se coordinan con nuestro plan 18

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 18

### SECción 1 Introducción

#### Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2017 plan name]*, que es un PPO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, *[insert 2017 plan name]*.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. *[Insert 2017 plan name]* es un Plan de Medicare Advantage PPO (PPO significa Organización de Proveedores Preferidos). Como todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare PPO está aprobado por Medicare y lo administra 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 Usted está inscrito en *[insert 2017 plan name]*, que es un plan de Medicare Advantage especializado (“Plan de Necesidades Especiales”)

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cobertura médica y cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, *[insert 2017 plan name]*.

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

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. *[Insert 2017 plan name]* es un Plan de Medicare Advantage especializado (“Plan de Necesidades Especiales” de Medicare Advantage),lo que significa es que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de salud. *[Insert 2017 plan name]* está diseñado específicamente para personas que viven en una institución (como un hogar de ancianos) o que necesitan un nivel de atención que generalmente se proporciona en un hogar de ancianos.

Nuestro plan incluye acceso a una red de proveedores que se especializan en el tratamiento de los pacientes que necesitan este nivel de atención de enfermería. Como miembro del plan, usted recibe beneficios especialmente adaptados y toda su atención se coordina a través de nuestro plan.

Como todos los planes de salud de Medicare, este Plan de Medicare para Necesidades Especiales es aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.]

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

*[Insert 2017 plan name]* es un Plan de Medicare Advantage especializado (“Plan de Necesidades Especiales” de Medicare),lo que significa es que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de salud. . *[Insert 2017 plan name]* está diseñado específicamente para personas que tienen *[insert condition(s)]*.

Nuestro plan incluye acceso a una red de proveedores que se especializan en el tratamiento de treating *[insert condition(s)].* También incluye programas de salud diseñados para atender las necesidades específicas de las personas con [*insert as applicable:* su condición *OR* estas condiciones]. Además, nuestro plan cubre los medicamentos recetados para tratar la mayoría de las condiciones médicas, incluyendo los medicamentos que generalmente se usan para tratar *[insert condition(s)]*. Como miembro del plan, usted recibe beneficios especialmente adaptados a su condición y toda su atención se coordina a través de nuestro plan.

Como todos los planes de salud de Medicare, este Plan de Medicare para Necesidades Especiales es aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.]

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

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

La “cobertura” y la palabra “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de *[insert 2017 plan name]*.

Es importante que aprenda cuáles son las reglas del plan y qué cobertura está disponible para usted. Lo animamos a que dedique un tiempo a hojear este folleto de *Evidencia de Cobertura*.

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

#### Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

**Es parte de nuestro contrato con usted**

Esta Evidencia de Cobertura es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *[insert 2017 plan name]* cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario),* y cualquier notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que esté inscrito en *[insert 2017 plan name]* entre 1 de enero 2017 y el 31 de diciembre de 2017.

Cada año, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *[insert 2017 plan name]* después del 31 de diciembre de 2017. También podemos decidir no ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2017.

**Medicare debe aprobar nuestro plan cada año**

Medicare (los Centros para Medicare y Servicios de Medicaid) debe aprobar *[insert 2017 plan name]* cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueven su aprobación del plan.

### Sección 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro de un plan?

#### Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

* Ustedtenga la Parte A o la Parte B de Medicare (o tenga tanto la Parte A como la Parte B) (la sección 2.2 describe la Parte A y la Parte B de Medicare)
* *- y -* viva en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio)
* -- *y* -- usted es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos
* *[C-SNPs: delete if not applicable] - y -* usted no tenga enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), con excepciones limitadas, como si desarrolla ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o si era miembro de un diferente plan que fue terminado.
* [*I-SNPs and C-SNPs insert:* *- y -* cumpla los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.]

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

**Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan**

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

[*Institutional SNPs, insert:* Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades específicas de las personas que necesitan un nivel de atención que generalmente se proporciona en un hogar de ancianos.]

[*Plans that limit enrollment to those residing in an institution insert:* Para ser elegible para nuestro plan, usted debe vivir en una de las residencias de ancianos de la red.] [*Insert as appropriate:* Por favor, vea el Directorio de Proveedores del plan para una lista de nuestro hogar de ancianos de la red o llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) y nos solicite que le enviemos una lista. O Aquí está una lista de nuestros hogares de ancianos de la red:

* *[Insert list of contracted facilities]*]

[*Plans that also enroll those who are Nursing Facility Level of Care (NFLOC) certified insert:* Para ser elegible para nuestro plan, usted debe cumplir con *uno de los dos* requisitos que se enumeran a continuación.

* Usted vive en una de nuestras residencias de ancianos de la red. [*Insert as appropriate:* Por favor, vea el Directorio de Proveedores del plan para una lista de nuestro hogar de ancianos de la red o llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) y nos solicite que le enviemos una lista. O Aquí está una lista de nuestros hogares de ancianos de la red:
  + *[Insert list of contracted facilities]*
* *-o -* usted vive en casa y *[insert state]* ha certificado que necesita el tipo de atención que generalmente se proporciona en un hogar de ancianos.]]

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

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

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

#### Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan *[insert 2017 plan name]*

Aunque Medicare es un programa federal, *[insert 2017 plan name]* sólo está disponible para individuos que viven en nuestra área de servicio del 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 continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe en [*insert as appropriate:* below *OR* en un apéndice 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 service area:*   
Nuestra área de servicio incluye los 50 estados  
Nuestra área de servicio incluye estos estados: *[insert states]*   
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados *[insert state]*: *[insert counties]*   
Nuestra área de servicio incluye estas partes de condados en *[insert state]*: *[insert county]*, los siguientes códigos postales *[insert zip codes]*]

[*Optional info: multi-state plans may include the following:* Ofrecemos cobertura en *[insert as applicable:* varios *OR* todos*]* estados *[insert if applicable:* y territorios*].* Sin embargo, puede haber costos u otras diferencias entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si usted se muda fuera del estado [*insert if applicable:* o territorio]a un estado [*insert if applicable:* o territorio]que todavía está dentro de nuestra área de servicio, debe LLAME a Servicios para Miembros para actualizar su información. *[National plans delete the rest of this paragraph]* Si se muda a un estado [*insert if applicable:* o territorio]fuera de nuestra área de servicio, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan. Por favor, llame a Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en su nuevo estado [*insert if applicable:* o territorio].]

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

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

#### Sección 2.4 Ciudadano o presencia legal en EE. UU.

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de EE. UU. o estar presente legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Services) le notificarán *[insert 2017 plan name]* si no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. *[Insert 2017 plan name]* debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

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

#### Sección 3.1 Su tarjeta como miembro de nuestro plan – Utilícela para obtener los cuidados 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, siempre debe de usar su tarjeta de cuando recibas cualquier servicio cubierto por este plan o medicamentos recetados en las farmacias de la red. Esta es una tarjeta de membresía de muestra para mostrarle cómo será la suya:

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

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

**He aquí por qué esto es tan importante:** Si obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su *[insert 2017 plan name]* tarjeta de membresía mientras es miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo total*.*

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

#### Sección 3.2 La *Lista de Proveedores*: su guía de 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 model.]*

El *Directorio de Proveedores* enumera nuestros proveedores de la red [*insert if applicable*: y proveedores de equipo médico duradero].

**¿Qué son los “proveedores de la red”?**

**Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, [*insert if applicable*: y proveedores de equipo médico duradero] hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. [*Insert as applicable*: Incluimos una copia de nuestra lista de proveedores de equipo médico duradero en el sobre con este folleto.] La lista de proveedores más reciente [*insert as applicable*: también] está disponible en nuestro sitio web en *[insert URL]*.]

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

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores de la red o fuera de la red de proveedores, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por los servicios cubiertos puede ser mayor. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica.

*[Regional PPOs that CMS has granted permission to use the exception in § 422.112(a)(1)(ii) to meet access requirements should insert: Because our Plan is a Regional Preferred Provider Organization, if no contracted network provider is readily available you can access care at in-network cost-sharing from an out-of-network provider. Call Member Services to let us know you need to see an out-of-network provider or to get help finding an out-of-network provider.]*

Si usted no tiene su copia del Directorio de Proveedores, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). Puede solicitar a Servicios para Miembros para obtener más información sobre nuestros proveedores de la 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 ver el *Provider Directory* en *[insert URL]*, o descargarlo de este página web. Tanto Servicios para Miembros como la página web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.]

#### Sección 3.3 El Directorio de Farmacias: su guía de las farmacias de nuestra red

*[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 model.]*

**¿Qué son las “farmacias de la red”?**

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

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

Usted puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiere usar. *[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* Para el próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de Farmacias en el sobre junto con este folleto.] En nuestro sitio de Internet [*insert URL*] podrá encontrar el Directorio de Farmacias actualizado.] También puede llamar a Servicios para Miembros para que le den información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Sírvase revisar el Directorio de Farmacias del 2017 para que vea qué farmacias están en nuestra red**.

*OR*

[*For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network]* Nuestra red ha cambiado más de lo usual para 2017. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de Farmacias en el sobre junto con este folleto.] En nuestro sitio de Internet [*insert URL*] podrá encontrar el Directorio de Farmacias actualizado. [*insert URL*]. También puede llamar a Servicios para Miembros para que le den información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Sírvase revisar el Directorio de Farmacias actual para que vea si su farmacia todavía están nuestra red**. Esto es importante porque, con unas pocas excepciones, usted debe surtir sus medicamentos por receta en una farmacia de la red si desea que nuestro plan los cubra (le ayude a pagarlos).

*[Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in its network:* El Directorio de farmacias también le dirá cuál de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos, que pueden ser más economicos que los costos compartidos estándar por otras farmacias de la red.]

Si no tiene el Directorio de farmacias, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede LLAME a Servicios para Miembros para obtener-información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro PÁGINA 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 Lista de Medicamentos Cubiertos del plan *(Formulario)*

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar. La lista indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D que se incluye en *[insert 2017 plan name]*. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la *[insert 2017 plan name]* Lista de Medicamentos.

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

Le enviaremos una de la Lista de Medicamentos. [*Insert if applicable:* La Lista de Medicamentos que le enviamos incluye información de los medicamentos cubiertos que más usan nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están inlcuidos en la lista de medicamentos impresa. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro página web o comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar.] Para obtener la información más complete y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar la página web (*[insert URL]*) o llame a Servicios para Miembros (los números teléfonicos están impresos en la contraportada de este folleto).

#### Sección 3.5 La *Parte D* *Explicación de los Beneficios* (La “Parte D EOB”): Informes con un sumario de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamento con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido de llama *La Explicacion de* *Beneficios de la Parte D* (or the “Part D EOB”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* tells le indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre, se han gastado en sus medicamentos decetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagados por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durnate el mes. Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamntos recetados de la Parte D*) proporicona más información acerca de la explicación de la *Parte D de Explicación de Beneficios* y como puede ayudarle a dar seguimiento de la cobertura de sus medicamentos.

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

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

### SECCIÓN 4 Su prima mensual para *[insert 2017 plan name]*

#### Sección 4.1 Cuanto es la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. [*Select one of the following:* Para el año 2017, la prima mensual de *[insert 2017 plan name]* es *[insert monthly premium amount]*. *O* La siguiente tabla muestra la cantidad de la prima mensual del plan para cada región que servimos. *O* La suigiente tabla muestra cantidad de la prima mensual del plan para cada plan que ofrecemos en el area de servicio. *O* La cantidad de la prima mensual *[insert 2017 plan name* aparece en *[describe attachment]]*.] *[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.]* Además, deberá continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B se la pague Medicaid o un tercero).

[*Plans with no premium should replace the preceding paragraph with:* Usted no paga una prima mensual separada por *[insert 2017 plan name]*. Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Part B (a menos que su prima de la Part B la pague Medicaid u otro tercero).]

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

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menor.

*[Plans with no monthly premium: Omit this subsection]*

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

Si usted ya *está* *inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta *Evidencia de Cobertura* [***insert as applicable:* **puede** *O* **no] no se aplica a usted**. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider]*Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *O* le enviamos] un anexo separado, llamado la “Cláusola de Evidencia de Cobertura para personas Que Reciben Ayuda Para Pagar Medicamentos Recetados” (también conocido como el “Anexo Subsidiario para Ingresos Bajos” o el “Anexo LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este folleto, por favor llame a Servicios Para Miembros y solicite el “Anexo LIS.” (Números de Teléfonos para Servicios Para Miembros están impresos en la parte posterior de este folleto.)

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

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser más que la cantidad que aparece en la Sección 4.1. [*Insert as applicable:* Esta situación es *OR* Estas situacines son] se describe a continuación.

* [*Insert if applicable:* Si usted se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, entonces usted paga una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Si tiene alguna pregunat acerca de las primas del plan, por favor llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la parte posterior de este folleto).] *[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section.]*
* Algunos miembros están obligados a pagar una multa por **inscripción tardía** porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron eligible por primera vez o porque tuvieron un period continuo de 63 días o más sin cobertura de medicamentos recetados “acreditables.” (“Acreditable” significa que la cobertura de medicamentos es al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare.) Para estos miembros, la multa por la tarde inscripción de agrega a la prima mensual del plan. La cantidad de su prima mensual serála prima mensual del plan más el monto de su multa por inscripción tarde.
  + Si usted está obligado a pagar la multa por tarde inscripción, el monto de la multa dependerá de cuánto tiempo esperó antes de inscribirse en la cobertura de medicamentos o cuántos meses estuvo sin cobertura de medicamentos después de ser eligible. Capítulo 6, Sección 10 explica la multa por inscripción tardía.
  + Si. usted tiene una multa por inscripción tardía y no la paga, podría ser dado de baja del plan.

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

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

[*Plans with no monthly premium, omit:* Además de pagar la prima mensual del plan,] muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anteriormente, con el fin de ser elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en Medicare Part B. Por esa razón, algunos miembros del plan (esos que no son eligibles para la Part A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. Y la mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.**

Algunas personas pagan una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, esto se conoce como Cantidad de Ajustes Relacionada con los Ingresos, también conocido como IRMAA. Si sus ingresos son mayores a $*[insert amount]* para una persona (o personas casadas que presentan una declaración por separada) o mayores a $*[insert amount]* para parejas casadas, **usted debe pagar una cantidad adicional directamente al (no al Plan de Medicare)** por su cobertura de la Part D de Medicare.

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

Su copia de *Medicare y Usted* *2017* le da información sobre las primas de Medicare en la sección denominada “ Costos de Medicare para 2017.” Esto explica como las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare son diferentes para personas con diferentes ingresos. Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada año en el otoño. Personas nuevas a Medicare la reciben dentro del mes siguiente a su inscirpción. También pueden descargar una copia *Medicare y Usted 2017* en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usarios de TTY pueden LLAME al 1-877-486-2048.

#### Sección 4.2 Existen varias maneras de pagar la prima de su 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 que puede pagar la prima de su 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 usted decide cambiar la manera en que paga su prima, puede tomar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Minetras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo.

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

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

Opción 1: Usted puede pagar por medio de un cheque

*[Insert plan specifics regarding premium 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]*: Usted puede tener la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] descontada de su cheque mensual del Seguro Social

Usted puede tener la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] descontada de su cheque mensual del Seguro Social. Póngase en contacto con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su [*plans with a premium insert:* plan premium] [*plans without a premium insert:* penalty] de esta manera. Estaremos muy dispuestos a ayudarle a establecer esta opción. (Números de teleefono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

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

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

Sus [*plans with a premium insert:* plan premium] [*plans without a premium insert:* late enrollment penalty] es debido en nuestras oficinas el *[insert day of the month]*. Si no hemos recibido su pago de [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa] para el *[insert day of the month]*, le enviaremos una notificación informándole que la membresía de su plan terminará si no recibimos su [*plans with a premium insert:* prima de plan] [*plans without a premium insert:* pago multa por inscripción tardía] dentro *[insert length of plan grace period]*. Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para para mantener su cobetura de medicamentos recetados.

Si usted está teniendo problemas pagando [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] a tiempo, por favor comuníquese con Servicios para Miembros par aver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con su [*plans with a premium insert:* prima de plan] [*plans without a premium insert:* multa]. (Números de teléfono para Servicios para Miembros estan impresos en la contraportada de este folleto.)

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

Si finalizamos su membresía en el pal debido a que no pagó su [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* penalidad por inscripción tardía], Y actualmente no tiene cobertura de medicamentos recetados, entonces no puede ser capaz de recibir cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el period de inscripción annual. Durante el period de inscripción annual, puede unirse a un plan de medicamentos recetados independiente o a un plan de salud que también tenga cobertura de medicamentos. (Si permanence sin cobertura “válida” por más de 63 días, es possible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía durante el tiempo que usted tiene cobertura de la Parte D.)

[*Insert if applicable:* En el momento en que su finalizamos su membresía, es possible que nos deba por [*plans with a premium insert:* primas] [*plans without a premium insert:* la multa] que usted no ha pagado. [*Insert one or both statements as applicable for the plan:* Tenemos derecho a demander el pago de [*plans with a premium insert:* primas] [*plans without a premium insert:* la cantidad por la multa] que debe. *AND/OR* En el future, si usted desea volver a inscribirse en el plan (o en otro plan que ofrecemos), usted tendrá que pagar la cantidad que debe yantes de inscribirse.]]

Si considera que hemos cancelado su membresía injustamente, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una queja. Capítulo 9, Sección 10 de este folleto le indica cómo presenter una queja. Si usted tuvo una circunstancia de emeregencia que estaba fuera de su control y que causó la incapacidad de pagar las primas dentro de nuestro period de gracia, puede pedirle a Medicare que reconsidere esta decision llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted el eligible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su eligibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año. Si un miembro califica para recibir “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos recetados, el programa de “Ayuda Adicional” pagará parte de los miembros de la prima mensual del plan. Un miembro que pierde su eligibilidad durante el año deberá comenzar a pagar la prima mensual. Usted puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

[*Plans with no premium replace the previous paragraph with the following:* Sin embargo, en algunos casos, puede que tenga que pagar o pdría ser capáz de de dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si suted tuvo un período continuo de 63 días o más cuando no tuvo la cobertura válida de medicamentos recetados.) Esto podría suceder si usted es eligible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su eligibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año:

* Si actualmente paga la multa por inscripción tardía y es eligible para la “Ayuda Adicional” durante el año, podría dejar de pagar su multa.
* Si alguna vez pierde la “Ayuda Adicional”, debe mantener su cobertura de la Parte D o podría estar sujeto a una multa por inscripción tardía.

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

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

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

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

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos, y otros proveedores en la cadena del plan tienen que tener informción correcta sobre usted. **Estos proveedores en la cadena usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos en la cantidad de costo compartido para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Haganos saber acerca de estos:

* Cambios en su nombre, dirección, o número de teléfono.
* Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (tal como de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación de trabajadores, o Medicaid).
* Si tiene alguna demanda de responsabilidad civil, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
* Si ha sido admitido en un asilo de ancianos.
* Si usted recibe atención médica en un hospital o servicio de emergencia fuera de zona or fuera de la cadena del plan.
* Si cambia la persona responsible desiganda (tal como un cuidador).
* Si usted está participando en un studio de investigación clínica.

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

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para la Seguridad Social en el Capítulo 2, Sección 5.

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

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

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o medicamentos que conozcamos. Por favor lea detenidamente esta información. Si es correcta, usted no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, por favor llame a Miembros Para Miembros (números de teléfono estan impresos en la contra portada de este folleto).

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

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

Las leyes federales y estatales protégen la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal. Protegemos su información personal de salud como es requerido por estas leyes.

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

### SECCIÓN 7 Cómo otros seguros see coordinsn con su plan

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

Cuando usted tiene otro seguro (como su cobertura de salud de grupo), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador principal” , y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga segundo, llamado “pagador secundario” solo paga si queda algún costo pendiente por el pagador principal. El pagador secundario puede que no pague todos los costos sin cubrir.

Esas reglas se aplican para la cobertura de empleador o plan de salud de grupo syndical. Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.

* Si su plan de cobertura de salud grupal se basa en su empleo o el empleo actual de un miembro de su familia, quien paga primero se basa en su edad, el número de personas empleados por su empleador, y si usted tiene Medicare por su edad, discapacidad, o Enfermedad Renal en Etapa terminal (ESRD):
  + Si usted tiene menos de 65 años y está incapacitado y usted o un miembro de su familia está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
  + Si usted tiene más de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o por lo menos un empleador en u plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
* Si usted tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 3 meses después de que usted sea eligible para Medicare.

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

Seguro sin culpa (incluyendo el seguro de automóvil)

* Respoinsabilidad (incluyendo el seguro de automóvil)
* Beneficios para Neumoconiosis
* Compensación de trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después que Medicare, plan de salud grupal de empleado, y/o Medigap hayan pagado.

Si usted tiene seguros adicionales, dígale a su médico, hospital, y farmacia. Si usted tiene preguntas acerca de quién paga primero o si necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame a Servicios Para Miembros (pnúmeros de teléfono estan impresos en la contra portada de este folleto.) Puede que tenga que dar su número de identification de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y datos importantes

## Capítulo 2. Números de teléfono y datos importantes

SECCIÓN 1 *[Insert 2017 plan name]* contactos (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios Para Miembros del plan) 24

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del Programa Federal de Medicare) 32

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información, y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 33

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

SECCIÓN 5 Seguro Social 36

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

SECCIÓN 7 Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados 38

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 42

SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro de grupo” u otro seguro de salud de un empleador? 43

### SECCIÓN 1 *[Insert 2017 plan name]* contactos (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios Para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con nuestros Servicios Para Miembros dentro del plan

Para obtener ayuda con preguntas de reclamaciones, facturación o tarjetas de miembros, llame o escriba a *[insert 2017 plan name]* Servicios Para Miembros. Estaremos encantados de ayudarle.

| Método | Servicios Para 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 Para Miembros también ofrece servicios intérprete gratis disponible para las personas que no hablan ingles. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Éste número require un equipo telefóico especial y es solo para personas que tienen dificlutades auditivas o del habla.]  Llamadas a este número son [*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.]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Insert URL]* |

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

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobetura sobre su cuidado médico

Una decision de cobertura es una decision que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Para más información en cómo solicitar desiciones de cobertura sobre su cuidado médico, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Usted nos puede llamar si tiene pregunatas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

| Method | Decisiones de Cobertura para la Cuidado Médico – Información de Contactos |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratuitas *[Insert days and hours of operation*] *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Éste número require un equipo telefóico especial y es solo para personas que tienen dificlutades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited organization determinations, also include that address here.]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Optional:* i*nsert URL]* |

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

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decision de cobetura que hemos tomado. Para más información sobre cómo presenter una apelación sobre su cuidado médico, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

| Método | Apelaciónes para el Cuidado Médico – Información de Contactos |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Éste número require un equipo telefóico especial y es solo para personas que tienen dificlutades auditivas o del habla.]  Llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited appeals, also include that address here.]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Optional:* *Insert URL]* |

Cómo comunicarse con nososotros cuando presenta una queja sobre su cuidado médico

Usted puede presenter una queja sobre nosotos o uno de nuestros proveedores, inluyendo una queja acerca de la calidad desu cuidado. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos de cobertura. (Si usted tiene un problema con la cobertura o page del plan, usted debe buscar en la sección anterior de una apelacieon.) Para más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado médico, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

| Método | Apelaciones en cuanto a Cuidado Médico – Información de Contactos |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Éste número require un equipo telefóico especial y es solo para personas que tienen dificlutades auditivas o del habla.]  Llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited grievances, also include that address here.]* |
| **PÁGINA DE WEB DE MEDICARE** | Usted puede presentar una queja sobre *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos pos sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para más información sobre cómo solicitar decisiones sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

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

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

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

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

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

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

| Método | Quejas sobre los Medicamentos Recetados de la Parte D– Información de Contactos |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Llamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have different numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Éste número require un equipo telefóico especial y es solo para personas que tienen dificlutades auditivas o del habla.]  Lamadas a este número son [*insert if applicable:* no son] gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* *[****Note****: If you have different TTY numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have different addresses for accepting standard and expedited grievances, include both addresses here.]* |
| **PÁGINA WEB DE MEDICARE** | Usyed puede presentar una queja sobre a *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico o un medicamento que ha recibido

Para más información sobre situaciones en las que usted puede necesitar pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor, vea el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos su parte de una facture que ha recibido por servicios meedicos o medicamentos cubiertos).*

**Por favor tenga en cuenta:** Si usted nos envía una solicitud de pago y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decision. Vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)) para más información.

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

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

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

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o mayors, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con Enfernedad Renal en Etapa Terminál (insuficiencia renal permanente que require dialysis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es el Centro de Servicios de Medicare y Cuidado Médico (a veces llamados “CMS”). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage incluyendo nosotros.

| Método | Medicare – Información de Contactos |
| --- | --- |
| **LLAME** | 1-800-MEDICARE, or 1-800-633-4227  Llamadas a este número son gratuitas.  24 horas al día, 7 días a la semana. |
| **TTY** | 1-877-486-2048  Éste número require un equipo telefóico especial y es solo para personas que tienen dificlutades auditivas o del habla.  Llamadas a este número son gratuitas. |
| **PÁGINA WEB** | <http://www.medicare.gov>  Este es el sitio web official del gobierno para Medicare.Que da hasta información actualizada sobre Medicare y temas actuals de Medicare. También tiene información sobre hospitals, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También se puede encontrar contactos de Medicare en su estado.  La página web de Medicare también tiene información detallada sobre su eligibilidad para Medicare y opciónes deinscripción con las siguientes herramientas:   * **Herramienta para la Eligibilidad de Medicare:** Proporciona información sobre el estado de eligibilidad de Medicare. * **Buscador de Plan de Medicare:** Proporciona información personallizada sobre los planes de medocamentos recetados de Medicare, planes de salud Medicare, las pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una *estimación* de lo que sus costos directos de su bolsillo puedan ser en diferentes planes de Medicare.   También puede utilizer el sitio web de Medicare para informar cualquier queja que tenga sobre *[insert 2017 plan name]*:   * **Decirle a Medicare acerca de su queja:** Usted puede presentar una queja sobre *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma su queja en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.   Si usted no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para la tercera edad pueden ayudarle a visitor este página web utlizando su computadora. O, usted puede lamar a Medicare que información está buscando. Ellos encontrarán la información en la página web, la imprimirán y se la enviarán. (Usted puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)   * **Cobertura esencial mínima (MEC):**La cobertura bajo este plan califica como cobertura esencial mínima (Minimum essential coverage,MEC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) individual shared responsibility requirement. Visite el sitio web del Servicio de Recaudación Interna (Internal Revenue Service, IRS) en http://[www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision](http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision) para obtener más información sobre los requisitos individuales de la MEC. |

### SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información, y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

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

El Prgorama de Asistencia de Seguro de Salud Estatal (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. *[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SHIP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* Aquí está una lista de los Programas de Asistencia de Seguro de Salud Estatal en 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 relacionado con niguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría local gratis a las personas Medicare.

Los consejeros de *[Insert state-specific SHIP name]* pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus derechos Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su atención médica o tratamientos, y ayudará a fortalecer los problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros de *[Insert state-specific SHIP name]* tambvién pueden ayudar a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

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

### SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para controlar la calidad de atención par a 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 designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. *[Multi-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find QIO information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* Here is a list of the Quality Improvement Organizations in each state we serve:] *[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 llamada *[insert state-specific QIO name]*.

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

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

* Usted tiene una a queja sobre la calidad de la atención que ha rcibido.
* Usted cree que la cobertura para su hospitalización finaliza pronto.
* Usted cree que la cobertura para su cuidado de salud en el hogar, centro de enfermería especializada, o servicios en el Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) estån terminando demasadio pronto.

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

### SECCIÓN 5 Seguro Social

Seguro social esresponsable de determiner la eligibilidad y manejar ia inscripción en Medicare. Los cuidadanos estadounidenses de 65 años o más, o que tienen discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal y cumplen con ciertas condiciones, son eligible para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques de Seguro Social, la inscrpción en Medicare es automática. Si usted no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscrpción para Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitor su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsible de determiner quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medcamentos de la Parte D debido a que tienen un sueldo más alto. Si recibió una carta del Seguro Social que le dice que usted tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o sis sus ingresos bajaron debido a un acontecimiento que le ha cambiado la vida, usted puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección de correo,es imprtante que se communiqué con el Seguro Social para informarles.

| Método | Seguro Social – Información de Contactos |
| --- | --- |
| **CALL** | 1-800-772-1213  Llamadas a este número son gratuitas  Disponible 7:00 am a 7:00 pm, lunes a viernes.  Usted puede utilizer los servicios del Seguro Social para obtener información grabada y realizer algunos trámites las 24 horas al día. |
| **TTY** | 1-800-325-0778  Éste número require un equipo telefóico especial y es solo para personas que tienen dificlutades auditivas o del habla.  Llamadas s este número son gratuitas.  Disponible 7:00 am a 7:00 pm, lunes a viernes. |
| **PÁGINA WEB** | <http://www.ssa.gov> |

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

*[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 federal y estatal conjunto que ayuda con constos médicos a algunas oersonas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son eligibles para Medicaid.

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

* **Beneficiario Caiificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Patre B de Medicare, y otros costso compartidos (como deducibles, co-seguros, and copagos). (Algunas personas con QMB también son eligibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
* **Espicificados de Bajos Ingresos Beneficiaios de Medicare (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B Part B. (Algunas personas con SLMB también son eligibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
* **Persona Calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
* Personas con discapacidad & de Trabajos Cualificados (QDWI): Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuniquese *[insert state-specific Medicaid agency]*.

| Método | *[Insert state-specific Medicaid agency]* [*If the agency’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s Medicaid program)]– Información de Contactos |
| --- | --- |
| **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* Éste número require un equipo telefóico especial y es solo para personas que tienen dificlutades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 7 Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para pagar los costos de medicamento recetados par alas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni automóvil. Si reúne los requisites, recibirá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible annual y los copagos por recetas. Esta “Ayuda Adicioanl” también cuenta para sus costos directos

Peronas con ingresos y recuses limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional.” Algunas peronas califican automáticamente para la “Ayuda Adicional” y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para la “Ayuda Adicional.”

Usted puede ser capaz de obtener “Ayuda Adicional” para pagar sus primas y costos de medicamentos recetados. Para ver si usted califica para recibir “Ayuda Adicional,” por favor llame al:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usarios de TTY users deben llamar 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana;
* La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 am y 7 pm, lunes a viernes. Usarios de TTY deben llamar a al 1-800-325-0778 (applicaciones); o
* Su Oficina Estatal de Medicare (applicaciones). (Vea la Sección 6 de este capítulo para la información de contactos.)

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

* *[Note: Insert plan’s process for allowing beneficiaries to request assistance with obtaining best available evidence, and for providing this evidence.]*
* Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando obtenga la próxima rceta médica en la farmacia. Si usted paga de más por su copago, le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su copago o le compensaremos copagos futuros. Le eviaremos un cheque por el monto de su copago o le compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado una forma de copago y lo tiene registrado su copago como una deuda suya, podemos ahcer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios Para Miembros si tiene preguntas (números de teléfonos estan impresos en la contraportada de este folleto).

[*Plans in U.S. Territories, replace the “Extra Help” section with the following language if the EOC is used for plans only in the U.S. Territories. Add the following language to the “Extra Help” section if the EOC is used for plans in the US Territories and mainland regions:* Existen programas en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte, y Samoa Americana para ayudar personas con ingresos y recursos limitados pagar sus costos de Medicare. Programas varían en estos lugares. Llame a su oficina de Asistencia de Meeicaid local para averiguar sobre sus reglamentos. (Números de teléfonos se encuentran 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 más información. Usarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted también puede visitar <http://www.medicare.gov> para obtener más información.]

Programa de Descuento de Brecha de Cobertura de Medicare

El Programa de descuento para la brecha en la cobertura de Medicare les ofrece descuentos del fabricante de medicamentos de marca a las personas inscritas en la Parte D que han llegado a la brecha en la cobertura y no están recibiendo la “Ayuda Adicional”. Para medicamentos de marca, el 50% de descuento proporcionado por los fabricantes excluye la tarifa de suministro para costos en la brecha. El afiliado deberá pagar la tarifa de suministro en la porción del costo, que paga el plan (10% en 2017).

Si usted llega a la brecha en la cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando la farmacia le facture por sus recetas y la Explicación de beneficios de la Parte D (EOB) mostrará cualquier descuento que se aplique. Tanto la cantidad que usted paga y la cantidad que le ha descontado el fabricante de los costos directos de su bolsillo cuentan como si usted los hubiera pagado y lo hace avanzar por la brecha en la cobertura. La cantidad pagada por el plan (5%) no cuenta para los costos directos de su bolsillo.

Usted también recibe alguna cobertura por los medicamentos genéricos. Si usted alcanza la brecha en la cobertura, el plan paga el 49% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 51% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (49%) no cuenta para los costos directos de su bolsillo. Solamente la cantidad que usted paga es la que cuenta y lo hace avanzar por la brecha en la cobertura. También, el cargo por dispensación está incluido como parte del costo del medicamento.

[*Insert if the plan offers additional coverage in the gap:* El Programa de Descuento de Brecha de Cobertura de Medicare está disponible a nível nacional. Porque *[insert 2017 plan name]* ofrece cobertura adicional durante la Etapa de Brecha de Cobertura, el costo de su bolsillo en ocasiones serán menores que los costos que aquí se desrciben. Por favor consulte el Capítulo 6 Sección 6 para más información sobre su cobertura durante la Etapa de Brecha de Cobertura.]

[*Insert if the plan does not have a coverage gap:* El programa de Descuento de Brecha de Cobertura de Medicare está disponible a nivel nacional. Porque *[insert 2017 plan name]* no tiene un period sin cobertura, los descuentos que se describen aquí no se aplican a usted.

En cambio, el plan continua cubriendo sus medicamentos a la cantidad regular de su costo -compartido hasta que usted cualifique para la Etapa de Cobertura Catastrófica. Por favor, consulte el Capítulo 6, Sección 5 para más información sobre su cobertura de la Etapa de Cobertura Inicial.]

Si tiene alguna pregunta acerca de la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuento de Período Sin Cobertura de Medicare en general, póngase en contacto con Servicios Para Miembros (números de teléfono estan impresos en la contraportada de este folleto).

**¿Qué pasa si tiene cobertura de un Programa de Asistencia Farmacéutico del Estado (SPAP)?**

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

Si usted está inscrito en un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP), or cualquiera de los programas que ofrecen cobertura para medicamentos de la Parte D (other than “Extra Help”), usted conseguirá el % de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Asimiso, el plan paga el 10% de los costos de los medicamentos de marca en la brecha de cobertura. El 50% de descuento y el 10% pagado por el plan se aplican al precio de un medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

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

Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA(ADAP)ayuda a los individuoseligible para el ADAPque viven con VIH/SIDA a tener acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Part D de Medicare que están cubiertos por el ADAP, califican para la asistencia de costos-compartidos de recetas. *[insert State-specific ADAP information]*. Tome en cuenta: Para ser eligible para el ADAP de su estado, individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia del estado, y el estatus de VIH, prueba de bajos ingresos tal como e define por el estado y el estatus de falta de aseguranza-seguro isuficiente.

Si usted está inscrito en un programa ADAP, este puede continuar a proporcionárle asistencia de costo compartido para prescripción de la Parte D de Medicare para medicamentos que estén incluidos en el formulario ADAP. Al fin de asegurarse de continuar recibiendo esta seguridad, por favor notifique a su trabajador de matrícula de su ADAP de cualquier cambio en su nombre plan de la Patre D de Medciare o el número de póliza. *[Insert State-specific ADAP contact information.]*

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

No. Si usted recibe “Ayuda Adicional,” ya recibe para su cobertura para los costos de medicamentos recetados durante el period sin cobertura.

**¿Qué pasa si usted no obtiene un descuento, y cree que debería tener?**

Si usted cree que ha llegado a su período sin cobertura y no recibió un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar el próximo aviso de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (Part D EOB). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D* usted debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo que le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación por parte del Programa de garantía de Seguro de Salud Estatal (SHIP) (números telefónicos están en la Sección 3 de este Capítulo) o puede llamar al1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

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

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

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

*[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SPAP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* Aquí está una lista de los Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal 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.]* En *[insert state name]*, el Programa de Asistencia Faramcéutica Estatal es *[insert state-specific SPAP name]*.

| Método | *[Insert state-specific SPAP name]* [*If the SPAP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal)] – 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 require un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Insert URL]* |

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

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

Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante dejarles saber si usted se muda o de algún cambio en su dirección postal.

| Método | Junta de Retiro Ferroviario – Información de Contactos |
| --- | --- |
| **LLAMADA** | 1-877-772-5772  Llamadas a este número son gratuitas.  Disponible de 9:00 am a 3:30 pm, lunes a viernes.  Si usted tiene un teléfono de marcación por tonos, información grabada y servicios automaizados están disponibles las 24 horas al día, incluyendo fines de semanas y días festivos. |
| **TTY** | 1-312-751-4701  Este número require un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Llamadas a este número *no* son gratuitas. |
| **PÁGINA WEB** | <http://www.rrb.gov> |

### SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro de grupo” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su (o el de su cónyuge), empleador o grupo de jubilados como parte de este plan, usted puede llamar a la administración de beneficios del empleador/sindicato o Servicios Para Miembros si tiene alguna pregunta. Usted puede preguntar sobre su (o el de su cónyuge) empleador, o beneficios de salud para jubilados, las primas o el período de insciprción. (Números telefónicos para Servicios Para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) sobre preguntas relacionadas a su cobertura de Medicare bajo este plan. Isi usted tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su (o de su cónyuge) empleador, o rupo de jubilados, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** El administrados de beneficios puede ayudarle a determiner cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener sus servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Lo que usted debe saber acerca de cómo obtener su cuidado médico cubiertos como miembro de nuestro plan 47

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” and “servicios cubiertos”? 47

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su cuidado médico cubierto por el plan 47

SECCIÓN 2 Cómo utilizar los proveedores dentro y fuera de la red para obtener sus cuidados médicos 48

Sección 2.1 Usted [*insert as applicable:* puede *OR* debe] eligir un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para proporcionar y supervisor su cuidado médico 48

Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidados médicos puede usted obtener sin tener que solicitar autorización previa de su PCP? 49

Sección 2.3 Cómo obtener cuidado de especialistas y otros proveedores de la red 50

Sección 2.4 Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 51

Sección 2.5 Cómo obtener cuidado médico si suted vive en un área fuera de la red 52

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente, o durante un desastre 52

Sección 3.1 Cómo obtener cuidado si tiene una emergencia médica 52

Sección 3.2 Obtener cuidado cuando tiene una necesidad urgente de servicios 54

Sección 3.3 Cómo obtener cuidados durante un desastre 54

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por el costo-total de sus servicios cubiertos? 55

Sección 4.1 Usted puede solicitar que paguemos nuestra porción del costo de los servicios cubiertos. 55

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total 55

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”? 56

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 56

Sección 5.2 ¿Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, quién paga por los diferentes servicios? 57

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidados cubiertos de una “institución no-médica religiosa” 58

Sección 6.1 ¿Qué es una institución no-médica religiosa? 58

Sección 6.2 ¿Qué cuidados de una institución no-médica religiosa están cubiertos por nuestro plan? 58

SECCIÓN 7 Reglas para quedarse con el equipo médico duradero 59

Sección 7.1 ¿Podrá usted quedarse con el equipo médico duradero después de haber hecho cierto número de pagos bajo nuestro plan? 59

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

Este capítulo explica lo que usted necesita saber para usar el plan para obtener su cobertura de cuidado médico. Da la definición de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra cuidado médico cubiertos por el plan.

Para los detalles sobre qué cuidado médico está cubierto por un plan y cuánto le corrsponde pagar cuando obtiene este cuidado, utilice la table de beneficios en el capítulo siguiente, Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que se paga*).

#### Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” and “servicios cubiertos”?

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo obtener los cuidados y servicios que están cubiertos para usted cómo miembro de nuestro plan:

* **“Proveedores”** son los médicos y otros prefesionales de la salud autorizados por el estado para brindar cuidado médico. El término “proveedor” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de salud.
* **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros prefesionales de la salud, grupos médicos groups, hospitales, y otros centros de cuidado de salud that tiended un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su pago de costo compartido cómo pago íntegro. Hemos arreglado para que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente el cuidado que le brindan. Cuando ves a un proveedore de la red, generlamente paga solo la parte del costo de sus servicios.
* **“Servicios Cubiertos”** incluyen todo el cuidado médico, servicios de salud, and suministros, y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de cuidado médico se enumeran en la table de beneficios en el Capítulo 4.

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

Como un plan de salud de Medicare, *[insert 2017 plan name]* debe cubrir todos los servicios cubiertos por el plan original de Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Medicare.

*[Insert 2017 plan name]* generlamente cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

* **El cuidado que uested recibe está incluido en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla chart está en el Capítulo 4 de este folleto).
* **El cuidado que usted recibe es considerado médicamente necesario**. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico, or tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
* **Usted recibe su cuidado médico de un preoveedor que sea eligible para prestar servicios conforme a Medicare Original.** Como miembro de nuestro plan, usted puede recibir su cuidado de un proveedore de la red (para más información sobre esto, vea la sección 2 de este capítulo).
  + Los proveedores de nuestra red se enumeran en el *Directorio de Proveedores.*
  + Si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo por sus servicios cubiertos puede ser más alta.
  + [*RPPOs that CMS has granted permission to use the exception in § 422.112(a)(1)(ii) to meet access requirements should insert:* Ya que nuestro plan es una Organización Regional de Proveedores Preferidos, si no hay un proveedore preferido de la red disponible para que usted vea, usted puede ir a un proveedor fuera de la red, pero todavía pagar las cantidades dentro de la red.]
  + **Por favor tome en cuenta:** Mientras que usted puede recibir cuidado de un proveedore-fuera-de red, el proveedor debe ser eligible para participar en Medicare. A excepción del cuidado de emergencia, no podemos pagarle a un proveedore que no es eligible para particpar en Medicare. Si usted va a un proveedor que no es eligible para particpar en Medicare, usted sera responsible por el costo total de los servicios que recibe. Conculte con su proveedor antes de los servicios para confirmer que es eligible para particpar en Medicare.

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

#### Sección 2.1 Usted [*insert as applicable:* puede *OR* debe] eligir un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para proporcionar y supervisor su cuidado médico

*[****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 que puede hacer PCP por usted?

*[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 desiciones about or obtaining prior authorization, if applicable?]*

Cómo eligir su PCP

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

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motive y en cualquier momento. También es possible que su PCP deje nuestra red de proveedores y usted tndría que encontrar un nuevo PCP en nuestro plan. [*PPOs with lower cost-sharing for network providers insert:* or you will pay more for covered services].

*[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 cuidados médicos puede usted obtener sin tener que solicitar autorización previa de su PCP?

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

Usted puede obtener los servicios que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

* Cuidado Médico de rutina de la mujer, que incluye examines de los senos, mamografías (radiografías de los senos), preubas de Papanicolau y examines pélvicos. [*insert if appropriate:* siempre y cuando los obtenga de un proveedore de la red].
* Vacunas contra la gripe [*insert if applicable:* vacunas de Hepatitis B, and vacunas de pulmonía] [*insert if appropriate:* siempre y cuando los obtenga de un proveedore de la red].
* Servicios de Emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
* Servicios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores de la red o preveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o inaccesibles, por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del area de servicio de plan.
* Servicios dediálisis renal que reciba una facultad de diálisis que reciba en una facilidad de diálisis certificada por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del area de servicio de plan. *[Plans may insert requests here, e.g., If possible, please let us know before you leave the service area so we can help arrange for you to have maintenance dialysis while you are away.]*
* *[Plans should add additional bullets as appropriate.]*

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de cuidado médico para una enfermedad o parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Aqui hay unos ejemplos: Oncólogos tratan a los pacientes con cáncer.

* Cardiólogos tratan apacientes con condiciones del corazón.
* Ortopedistas tratan a pacientes con ciertos huesos, articulaciones, y condiciones musculares.

*[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 ocurre si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan?

Podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay una serie de razones por las que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialistas deja su plan, usted tiene unos ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

* A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le facilitemos el acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas cuaificados.
* Cuando sea possible, le proporcinaremos con una antelación minima de 30 días que nuestro proveedore está dejando nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
* Le aydaremos a seleccionar un proveedore nuevo calificado para continuar la gestión de sus necesidades de cuidado médico.
* Si está recibiendo tratamiento médico, usted tiene el derecho de solicitar, y vamos a trabajar con usted, para asegurar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido.
* Si usted cree que no le hemos suministrado con un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o si se preocupa de que su cuidado no está siendo manejado apropiadamente, usted tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
* Si se entera de que su médico o especialista está dejando su plan, por favor póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y con la administración de su cuidado.

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

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

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir cuidado de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen la obligación de tratarlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores de la red o fuera de la red, siempre y cuaando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, **si usted utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por los servicios cubiertos podrían ser más.** Aquí hay otras cosas importantes que debe saber sobre el uso de proveedores de la red:

* Usted puede obtener cuidado de un proveedor de red, sin embargo, en la mayoría de los casos ese proveedor debe ser eligible para particpar en Medicare. A excepción de la emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es eligible para particpar en Medicare. Si recibe cuidado de un proveedor que no es elegible para particpar en Medciare, usted sera responsible por el costo total de los servicios que recibe. Consulte con su proveedor antes de recibir os seervicios para confirmer que es elegible para particpar en Medicare.
* No es necesario obtener una referencia u autorización previa cuando recibe cuidado de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red es possible que desee solicitar una decision de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que obtenga estén cubiertos y sean médicamente necesario. (Vea el Capítulo 9, Sección 4 para más información acerca de pedir decisión de cobertura.) Esto es importante porque:
  + Sin una decisión de cobertura de visita previa, si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos o no son médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted sera responsible por el costo total. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar una decision de no cubrir su cuidado. Vea el Capítulo 9 *(Que hacer si usted tiene un problema o una queja)* para aprender cómo hacer una apelación.
* [*RPPOs that CMS has granted permission to use the exception in § 422.112(a) (1) (ii) to meet access requirements should insert:* Ya que nuestro plan es una Organización Regional de Proveedores Preferidos, si no hay un proveedor contratado de la red fácilmente disponible, usted puede aceder el cuidado a un costo compartido de la red de un proveedor de la red. Llame a Servicios Para Miembros para dejarnos saber que usted necesita ver un proveedor fuera de la red o para obtener ayuda para encontrar u proveedor fuera de la red.(Números telefónicos para Servicios Para Miembros estan impresos en la contraportada de este folleto.)]
* Es mejor preguntar a un proveedor fuera de la red que primero facturar al plan. Pero si usted ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le manda una facture que uested cree debemos pagar, nos la puede enviar para el pago. Vea el Capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una facture que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una facture o si necesita solicitar un reembolso.
* Si usted usted está utilizando un proveedor fuera de la red para cuidado de emergencia, servicios de urgencia o diálisis fuera de la zona, es posible que tenga que pagar un monto de costo compartido más alto. Vea la Sección 3 para más información sobre estas situaciones.

#### Sección 2.5 Cómo obtener cuidado médico si suted vive en un área fuera de la red

*[RPPOs: If there are portions of your RPPO service area where you have not met Medicare network adequacy requirements, you must insert this section and explain to your enrollees the process they must follow to find providers who will treat them (see 422.111(b)(3)(ii)). The expectation is that enrollees in non-network areas will receive all necessary assistance in obtaining access to services, which may require the RPPO to pay more than the Original Medicare payment rate to ensure access. Enrollees in non-network areas can only be charged the in-network (i.e., preferred) cost-sharing amount for plan-covered services.]*

### SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente, o durante un desastre

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

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

Una **“emergencia médica”** es cuando usted, o cualquier otra persona pudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, considera que usted presenta síntomas médicoas que requiren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida del funcionamiento de un extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una affección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

* **Obtenga ayuda tan pronto cómo sea posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de urgencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted no necesita obtener una aprobación o un referido de su PCP.
* **[*Plans add if applicable*: Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emeregencia. Tenemos que hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre su atención de emeregencia, dentro de las 48 horas. Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** *[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 tuene una emergencia médica?

Usted puede obtener cobertura de atención médica de emergecnia siempre que lo necesita, en cualquier lugar en los Estados Unidos o de los territorios *[plans may modify this sentence to identify whether this coverage is within the U.S. or world-wide emergency/urgent coverage]*. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en las situaciones en que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud. Para más información, vea la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

*[Plans that offer a supplemental benefit covering world-wide emergency/urgent coverage or ambulance services outside of the U.S. and its territories, 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 brindando cuidado de emergencia para ayudar a gestionar y dar seguimiento a su cuidado. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado.

*[Plans may modify this paragraph as needed to address the post-stabilization care for your plan.]* Después de la emergencia, usted tiene derecho a recibir seguimiento de su cuidado pra estar seguro que su condición sea estable. Si usted recibe su seguimiento de cuidado de un proveedor fuera de la red, usted pagará el costo más alto del costo compartido de red.

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

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

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, la cantidad de costo compartido que usted paga dependerá de si recibe el cuidado de proveedores de la red o fuera de la red. Si usted recibe el cuidado de proveedores de la red, su parte de los costos por lo general sera más bajo que si usted recibe el cuidado de proveedores fuera de la red.

#### Sección 3.2 Obtener cuidado cuando tiene una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los “servicios de urgencia?

Los “servicios de urgencia” son una situación de no emergencia, enfermedad imprevista, lesión o condición que require cuidado médico inmediato. Los servicios de urgencia podrán ser proporcionados por los proveedores de la red o por preveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red estean temporalmente no disponibles o inaccesibles. La condición imprevista podría ser, por ejemplo, un brote inesperado de una affección conocida que usted tenga.

¿Qué ocurre si usted está en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de cuidado médico?

En la mayoría de las situaciones, si está en el area de servicio del plan y utiliza un proveedor de red, tendrá que pagar una parte mayor de los costos de su cuidado.

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

¿Qué ocurre si usted está fuera del area de servicos del plan cuando tiene una necesidad urgente de cuidado médico?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede recibir cuidado médico de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor por la cantidad de costo compartido más bajo dentro de la red.

[*Insert if applicable:* Nuestro plan no cubrirá servicios de urgencia o cualquier otro [*insert if plan covers emergency care outside of the United States:* non-emergency] cuidado si usted recibe el cuidado fuera de los Estados Unidos. *[Modify if world-wide emergency/urgent coverage is covered as a supplemental benefit.]*]

#### Sección 3.3 Cómo obtener cuidados durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a obtener atención de nuestro plan.

Visite el siguiente sitio web: *[insert website]* para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Por lo general, durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos con recea en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

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

#### Sección 4.1 Usted puede solicitar que paguemos nuestra porción del costo de los servicios cubiertos.

Si usted ha pagado más que su parte de los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servcios médicos cubiertos, vaya al Capítulo 7 (*Pedirnos que paguemos buestra parte de la facture que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para más información acerca de que hacer.

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

*[Insert 2017 plan name]* cubre todos los servicios médicosque son médicamente necesarios se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (esta table está en el Capítulo 4 de este folleto) y cumplen con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos del plan o normas del plan no se siguieron.

Si usted tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio médico o cuidado que usted consideraba, tiene el derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de obtenerlo. También tiene derecho a pedir esto por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicos, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja* *(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* tiene más información sobre qué hacer si quieres decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios Para Miembros para obtener más información (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado un “ensayo clinico”) es una manera en que médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, cómo por ejemplo cómo funciona un nuevo médicamento de cancer. Ponen a prueba nuevos procedimientos de cuidado médico o medicamentos solicitando voluntarios para que colaboren en el estudio. Este tipo de estudio es una de lase tapas finales en un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determiner si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

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

Una vez que Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuesrto plan]apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para expicarle más acerca del estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que dirigen el estudio. Usted puede particpar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para el estudio *y* tenga un conocimiento y aceptación total de lo que implica su participación en el estudio.

Si usted desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios de cobertura que reciba como parte del estudio. Cuando se encuentran en un estudio de investigación clínica es posible que permanezca inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su cuidado (la atencion que no esté relacionada con el estudio) a través de su plan.

Si uasted desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare usted no necesita obtener la aprobación de nuestro plan *[plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence]* o de su PCP. Los proveedores que le brinden cuidado como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la redde proveedores de nuestro plan.

Aunque no es necesario obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigaciónc línica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** Aquí dice por qué tiene que decirnos:

1. Podemos hacerle saber si los estudios de investigación clínica son aprobados por Medicare.
2. Podemos decirle qué servicios recibirá de los proveedores del estudio de investigación clínica en lugar de nuestro plan.

Si usted planea participar en un estudio de investigación clínica, llame a Servicios Para Miembros (números telelfónicos esta impresos en la contraportada de este folleto).

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

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted está cubierto por artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, inlcuyendo:

* Alojamiento y alimentación de hospitalización que Medicare pagará incluso si no estuviera en un estudio.
* Una operación u otro procedimiento médico que es parte del estudio de investigación.
* Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado médico.

Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe cómo parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte do los costos de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y los costos-compartidos cómo miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba cómo parte del estudio cómo lo haría si recibe estos servicios de nuestro plan.

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

A fin de que nosotros paguemos nuestra parte del costo, usted tendrá que presentar una solicitud de pago. Con su solicitud, sera necesario que nos envíe una copia de su Aviso de Resumen de Medicare u otra documentación que muestra que servicios usted recibió como parte del estudio y cuanto debe. Por favor vea el Capítulo 7 para más información sobre de cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando se es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará ninguna de las siguientes acciones:**

* En general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio esta probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aunque usted no estuviea en un estudio.
* Artículos o servicios que el estudio da a usted oa cualquier participante en forma gratuita.
* Artículos o servicios previstos solo para recopilar datos, y no utilizados en su cuidado médico directo. Por ejemplo, Medicare no pagaría por tomografías computarizadas mensuales hechos como parte del estudio si su condición médica normalmente require una sola tomografía computarizada.

¿Quiere saber más?

Se puede obtener más información acerca de particpar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare y los Estudios de Investigación Clínica” en la página web de Medicare. (<http://www.medicare.gov>). Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usarios de TTY deben llamar 1-877-486-2048.

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

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

Una institución religiosa no-médica de salud es un centro que brinda cuidado para una condición que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidsdo en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura de cuidado en una institución religiosa no médica de cuidado de salud. Usted puede optar por recibir cuidado médico en cualquier momento por cualquier razón. Este beneficio se brinda solo para la Parte A en los servicios al paciente (servicios de salud no-médicos). Medicare solo pagará los servicios de la salud no-médicos proporiconados por instituciónes religiosas no-médicas de salud.

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

Para obtener cuidado de una institución religiosa no-médica de salud, usted debe firmar un document legal que exprese que usted se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que sea “no-exceptuado.”

* Tratamiento o cuiado médico “No-exceptuado” es cualquier cuidado o tratamiento médico que es *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
* Tratamiento o cuidado médico “Exceptuado” es cuidado médico o tratamiento que usted recibe que *no es vloumtario* o *es requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.

Para estar cuberito por un plan que reciba de una institución religiosa no-médica del cuidado de salud, debe cumplir con las suguientes condiciones:

* La institución que brinda el cuidado debe ser cerificado por Medicare.
* Cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos no-religiosos del cuidado.
* Si usted recibe servicios de esta institución que se proporcionan a usted en su casa, nuestro plan cubrirá estos servicios solo si su condición normalmente cumpliría con las condiciones para la cobertura de servicios prestados por las agencias de salud en el hogar que no son instituciones religiosas no-médicas de cuidado de salud.
* Si usted recibe servicios de estas instituciuones que se proporciona a usted en una instalación, [*insert as applicable:* las siguinetes condiciones se aplican *OR* la siguiente condición se aplica]:
  + Usted debe tener una condición médica que le permite recibir servicios cubiertos de cuidado hospitalario para paciented internados o cuidado en un centro de enfermería especializada.
  + *[Omit this bullet if not applicable] – and –* usted debe obtener aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en la institución o su estadía no sera cuberita.

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

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

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

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

Equipo médico duradero incluye artículos cómo equipo de oxígeno y suministros de sillas de ruedas, andadores, y camas de hospital clasificadas por un proveedore para uso en el hogar. Ciertos artículos cómo las prótesis siempre pertenecen al miembro. En esta sección, discutimos otro tipos de equipos médicos duraderos que se deben alquilar.

*[This first sentence must be inserted even if your plan sometimes allows ownership for items other than prosthetics.]* En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero serán dueños del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Como miembro de *[insert 2017 plan name]*, sin embargho, usted [*insert if the plan sometimes allows ownership:* usually] no sera dueño del equipo médico duradero alquilado sin importer la cantidad de copagos que realice por el suministro 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 duradero. Llame a Servicios Para Miembros (números telefónicls estan impresos en la contraportada de este folleto) para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.] [*Insert if your plan never transfers ownership (except as noted above, for example, for prosthetics):* Incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan, no adquirirea la propiedad sin importar cuántos co-pagos hizo por el artículo mientras miembro de nuestro plan.

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

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

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

CAPÍTULO 4

Tabla de Beneficios Médicos (que está cubierto y cuánto paga usted)

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

SECCIÓN 1 Conozca los costos de su bolsillo por los servicios cubiertos 63

Sección 1.1 Tipos de costos de su bolsillo que tal vez pague por sus servicios cubiertos 63

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible anual del plan? 63

Sección 1.3 Nuestro plan *[insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* also] tiene un *[insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* separado] deducible para cierto tipos de servicios de proveedores de la red 64

Sección 1.4 ¿Qué es lo más que usred pagará por [*insert if applicable:* Parte A y Parte B de Medicare] servicios médicos cubiertos? 65

Sección 1.5 Nuestro plan también limita los costos de su bolsillo para ciertos tipos de servicios 66

Sección 1.6 Nuestro plan no permite a los proveedores “facturar por el balance” 67

SECCIÓN 2 Use la Tabla *de Beneficios Médicos* para averiguar lo que está cubierto y cuánto pagará usted 68

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan 68

Sección 2.2 Beneficios “suplementarios opcionales” adicionales que usted puede comprar 97

Sección 2.3 Cómo obtener cuidado utilizando beneficio de visitante / viajero opcional de nuestro plan 97

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 98

Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones) 98

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

Este capítulo se centra en sus servicios de cobertura y lo que paga por sus beneficios médicos. Inlcuye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera todos los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto cómo miembro de *[insert 2017 plan name]*. Más adelante en éste capítulo se puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. [*Insert if applicable:* También explica los límites de ciertos servicios.] *[If applicable, you may mention other places where benefits, limitations, and exclusions are described, such as optional additional benefits, or addenda.]*

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

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

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, usyed necesita saber sobre el costo personal que puede pagar por sus servicios cubiertos.

* El **“deducible”** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. [*Insert if applicable:* (La Sección 1.2 le dice más aceca de su deducible del plan.)] [*Insert if applicable:* (La Sección 1.3 le dice más acerca de su deducible para categorías de servicios determinadas.)]
* Un **“copago”** es un monto fijo que usted paga cada vez quer hablamos de ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Table de Beneficios Médicos en la in Sección 2 le dice más sobre sus copagos.)
* **“Coaseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de los servicios médicos determinados. (la Table de Beneficios Médicos en la Sección 2 le dice más sobre su coseguro.)

Algunas personas califican para programas estatales de Medicaid que les ayudan a pagar sus gastos personales para Medicare. (Estos “Programas de Ahorro de Medicare” incluyen el Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB), Persona Calificada (QI), y el programa de Personas con Discapacidad y Trabajadores Calificados (QDWI).) Si usted está inscrito en uno de estos programas es posible que aún tenga que pagar un copago por el servicio, dependiendo de las reglas estatales de su estado.

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

*[Local or regional PPO plans with no deductibles, delete this section and renumber remaining subsections in Section 1.]*

*[Note: deductibles cannot be applied to $0.00 Medicare preventive services, emergency services or urgently needed services]*

*[****Note:*** *RPPOs and local PPO plans that choose to have a deductible are now only permitted to have a single deductible that applies to both in-network and out-of-network services, see revised section 422.101(d)(1).]*

Su deducible es *[insert deductible amount*. Esta es la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo antes de que vayamos a pagar nuestra por sus servicios médicos cubiertos.

Hasta que usted haya pagado el monto del deducible que usted debe pagar el costo total para la mayoría de los servicios cubiertos. (El deducible no se aplica a los servicios que se enumeran a contnuación.) Una vez que ustred pague su deducible, nosotros comenzaremos a pagar nuestra parte del costo por servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte [*insert as applicable:* (su copago) *OR* (el monto de su coseguro) *OR* (su copago o el monto de su coseguro)] por el resto del año calendario.

El deducible no es applicable a algunos servicios, cómo ciertos servicios preventivos de la red. Esto significa que pagaremos nuestra parte del costo de este servicio aunque usted no haya pagado su deducible todavía. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

* *[Insert all services not subject to the deductible including all Medicare-covered preventive services and any other in-network Part A and B services the plan elects to exempt from the deductible requirement. Plans must specify whether it is in-network and/or out-of-network services that are exempt from the deductible.] [Note: If a PPO has a deductible, all out-of-network Part A and B services must be subject to the deductible with the sole exception that the PPO may elect to waive out-of-network Medicare-covered zero cost-sharing preventive services from the deductible requirement.]*

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

*[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 del plan que se aplica a todos los servicios, tembién tenemos un deducible para cierots tipos de servicios.]

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

[*Insert if plan has one service category deductible:* El plan tiene una cantidad deducible de *[insert service category deductible]* para *[insert service category]*. Hasta que usted pague la cantidad deducible, usted debe pagar el costo total por *[insert service category]*. Una vez que usated haya pagado su deducible, nosotros pagaremos nuestra parte del costo por estos servicios y usted pagará su parte [*insert as applicable:* (su copago) *OR* (el monto de su coseguro) *OR* (su copago o el monto de su coseguro)] por el resto del año calendario. [*Insert if applicable:* Tanto el deducible del plan y el deducible por *[insert service category]* se aplica para su *[insert service category]* cubierto. Esto significa que una vez que usted cumpla con el deducible del plan *o* el deducible para el *[insert service category]*, vamos a empezar a pagar su parte del costo de su servicio cubierto *[insert service category]*.]]

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

* [*Plans should insert a separate bullet for each service category deductible:* Nuestro deducible por *[insert service category]* es *[insert service category deductible].* Hasta que ustedhaya pagado la cantidad deducible, usted debe pagar el costo total por *[insert service category]*. Una vez que usted haya pagado su deducible, nosotros pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte [*insert as applicable:* (su copago) *OR* (el monto de su coseguro) *OR* (su copago o el monto de su coseguro)] por el resto del año calendario. [*Insert if applicable:* Tanto el deducible del plan por servicios médicos como el deducible por *[insert service category]* aplican para su *[insert service category]* cubierto. Esto significa que una vez que usted cumpla con el deducible del plan por servicios médicos cubiertos o el deducible por *[insert service category]*, nosotros comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de sus *[insert service category]* cubiertos.]]

#### Sección 1.4 ¿Qué es lo más que usred pagará por [*insert if applicable:* Parte A y Parte B de Medicare] servicios médicos cubiertos?

Bajo nuestro plan, hay dos límites diferentes en lo que usted tiene que pagar directamente por servicios médicos cubiertos:

* Su **cantidad máxima de su propio bolsillo dentro de la red** es *[insert in-network MOOP].* Esto es lo que más usted pagará durante el año calendario por [*insert as applicable:* Parte A y Parte B de Medicare *OR* plan] servicios cubiertos recibidos de proveedores de la red.Las cantidades que ested paga por [*insert applicable terms:* deducibles, copagos, y coseguros] los servicios cubiertos de los proveedores de la red cuenta hacia esta cantidad máxima de su bolsillo dentro de de la red. *[Plans with no premium and/or that do not offer Part D may modify the following sentence as needed.]* (Las cantidades que usted paga por sus primas del plan, medicamentos recetados de la Parte D, y servicios de proveedores fuera de la red, no cuentan hacia la cantidad máxima de su propio bolsillo dentro de la red. [*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* Adicionalmente, cantidades que usted paga por algunos servicios no cuentan hacia la cantidad máxima de su propio bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Table de Beneficios Médicos.])Si usted ha pagado *[insert in-network MOOP]* por servcios cubiertos de [*insert if applicable:* Parte A y Parte B] de proveedores dentro de la red, usted no tendrá que pagar costos de su propio bolsillo por el resto del año calendario cuando usted vea nuestros proveedores dentro de la red. Sin embargo, usted debe continuar pagando [*insert if plan has a premium:* su prima del plan y] la prima de la Parte B de Medicare Part B (a menos que su prima de la Parte B sea pagada para usted por Medicaid u otra tercera entidad).
* Su **cantidad maxima combinada de su propio bolsillo** es *[insert combined MOOP].* Esto es lo más que usted paga durante el año calendario por sus servicios cubiertos de [*insert as applicable:* Parte A y Parte B de Medicare *OR* plan] recibidos de ambos proveedores dentro y fuera de la red. Las cantidades que usted paga por [*insert applicable terms:* deducibles, copagos, y coseguros] por servicios cubiertos cuentan hacia esta cantidad maxima combinada de su propio bolsillo *[Plans with no premium and/or that do not offer Part D may modify the following sentence as needed.]* (Las cantidades que usted paga por sus primas de plan y por su medicamentos recetados de la Parte D no cuentan hacia su cantidad maxima de su bolsillo combinada. [*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* Adicionalmente, cantidades que usted paga for algunos servicios no cuentan hacia la cantidad maxima de su propio bolsillo dentro de la red. Estos servicios estan marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos.])Si usted ha pagado *[insert combined MOOP]* por servicios cubiertos, usted tendrá 100% cobertura y no tendrá ningún costo de su propio bolsillo por el resto del año por servicios cubiertos de [*insert if applicable:* Parte A y Parte B]. Sin embargo, usted debe continuar pagando [*insert if plan has a premium:* su prima del plan y] la prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B sea pagada para usted por Medicaid u otra tercera entidad).

#### Sección 1.5 Nuestro plan también limita los costos de su 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 red y la cantidad maxima combinada de su bolsillo para servicios cubiertos de la [*insert if applicable:* Parte A y Parte B] (vea la Sección 1.4 anteriormente), también tenemos una cantidad maxima de su bolsillo aparte que sólo se aplica a ciertos tipos de servicio.

[*Insert if plan has one service category MOOP:* El plan tiene una cantidad maxima de su bolsillo de *[insert service category MOOP]* por *[insert service category]*. Una vez que usted haya pagado *[insert service category MOOP]* de su bolsillo para *[insert service category]*, el plan cubrirá todos estos servicios sin costo alguno para usted durante el resto del año calendario. [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* Tanto el monto máximo de su bolsillo para servicios médicos de la Parte A y la Parte B y el monto máximo de su bolsillo por *[insert service category]* aplican a su *[insert service category]* cubierto. Esto significa que una vez que usted haya pagado tanto *[insert MOOP]* para servicios médicos de la Parte A y Parte B *or* *[insert service category OOP max]* por su *[insert service category]*, el plan le cubrirá su *[insert service category]* sin costo alguno para usted durante el resto del año.]]

[*Insert if plan has more than one service category MOOP:* El plan tiene un monto máximo de su bolsillo por los siguientes tipos de servicio:

* [Planes deben insertar une viñeta por separado para cada categoría de servicio MOOP: Nuestro monto máximo de bolsillo [insertar categoría de servicio] es [insertar categoría de servicio MOOP]. Una vez que usted haya pagado [insertar categoría de servicio MOOP] de su bolsillo para [insert service category], el plan cubrirá estos serviciosin costo alguno para usted por el resto del año calendario. [Insertar si la categoría de servicio está incluida en MOOP descrita en la Sección 1.4: Tanto el monto máximo de su bolsillo para la Parte A y la Parte B de Medicare y el monto máximo de su bolsillo por [insertar categoría de servicio] se aplican a su [insertar categoría de servicio]. Esto significa que una vez que usted haya pagado tanto [insertar MOOP] por servicios médicos de la Parte A y la Parte B o [insertar categoría de servicios MOOP max] por su [insertar categoría de servicio], el plan cubrirá su [insertar categoría de servicio] sin costo alguno para usted por el resto del año calendario.]]

#### Sección 1.6 Nuestro plan no permite a los proveedores “facturar por el balance”

Como miembro de *[insert 2017 plan name*], una protección importante para usted es que [*plans with a plan-level deductible insert:* después de cumplir con los deducibles,] solo tiene que pagar el monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nosotros no permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separados, llamados “fracturación de saldo.” Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de costo compartido) se aplica incluso si pagamos menos de lo que cobra el proveedor por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos cierots cargos del proveedor.

Así es cómo funciona la protección.

* Si su costo compartido es un copago (un conjunto de cantidad de dólares, por ejemplo $15.00), entonces usted paga sólo el monto por los servicios cubierots de un proveedor de red. Usted por lo general tendrá copagos más alto cuando usted obtiene cuidado de proveedores fuera de la red.
* Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que el porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedore que consulte:
  + Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga elporcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
  + Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que particpa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
  + Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no particpa con Medicare, entonces usted paga el monto del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
* Si usted cree que un proveedor le ha “facturado por el saldo”, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

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

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

La Tabla de Beneficios Médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre *[insert 2017 plan name]* y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos sólo cuando se cumplen los suguientes requisitos de cobertura:

* Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
* Sus servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros, y equipo) *debe* ser medicamente necesario. “Medicamente necesario” significa que los servicios, suministros, o medicamento son necesarios para la prevención, diagnosis, o tratamiento de su condición médica y cumple con los estándares aceptados de la práctica médica.
* *[PPO plans that use prior authorizations insert:* Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos como servicios en la red solamente sis u doctor o cualquier otro proveedor de la red obtiene aprobación por adelantado. (a veces se llama “autorización previa”) de *[insert 2017 plan name]*.
  + Servicios cubiertos que requieren aprobación previa para ser cubiertos cómo servicios dentro del la red están [*insert as appropriate:* con un asterisco *O* un pie de página *O* en negrito *O* en cursivo*]* en la Tabla de Beneficios Médicos*.* [*Insert if applicable:* Adicionalmete, los servicios siguientes que no están enumerados enla Tabla de Beneficios requieren aprobación previa: *[insert list]*.]
  + Usted nunca necesita aprobación previa por servicios o proveedores fuera de la red.
  + Mientras que usted no necsita un aprobación por adelantado para servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos para que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.]
* *[Insert as applicable*: También es posible que le cobremos los “costos administrativos” por citas a las que no asista o por no pagar sus costos compartidos requeridos al momento del servicio. Llame a Servicios a los Miembros si tiene preguntas sobre estos costos administrativos. (Los números de teléfono de Servicios a los Miembros se encuentran en la contraportada de este folleto.)]

Otras cosas importantes que debe saber acerca de la cobertura:

* Para los beneficios donde su costo compartido es un porcentaje del coseguro, el monto que paga depende de que tipo de proveedore recibe el servicio:
  + Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multipicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan)
  + Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de the Medicare para los poveedores participantes,
  + Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red qie no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
* Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga más en nuestro plan que lo haría en el Medicare Originla. Para otros se paga *menos.* (Si usted quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original busque en su Manual *Medicare y Usted de 2017.* Ver en línea en http://www.medicare.gov o requeste una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
* Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo bajo Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. [*Insert as applicable:* Sin embargo, si además recibe tratamiento o control de una condición médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventive, se aplicará un copago por el cuidado recibido para la condición médica existente.]
* A veces, Medicare agrega conertura bajo Medicare Original para los nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2017, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

**Description: Apple icon.**Apple icon. Usted verá esta manzana junto a los servicios de prevención en la table de beneficios.

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

* *When preparing this Benefits Chart, please refer to the instructions for completing the standardized/combined ANOC/EOC.*
* *For any benefits for which the plan uses Medicare amounts for member cost-sharing in their approved bid, the plan may insert the 2016 Medicare amounts; note that these amounts may change in 2017, 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 that have tiered cost-sharing based on provider and/or benefit should clearly indicate for each service the cost-sharing for each tier, in addition to defining what each tier means and how it corresponds to the characters or footnotes indicating such in the Provider Directory (when one reads the Provider Directory, it is clear what the symbol or footnote means when reading this section of the EOC).*
* *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 cuando obtiene estos servicios** |
| --- | --- |
| Description: Apple icon.Apple icon.Chequeo de aneurismo aórtico abdominal  Una ecografía de detección por una vez para las peronas en situación de riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para el mismo de su médico, asistente médico, enfermera especializada o enfermera clínica especializada.    *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiaries eligible para esta ecografía preventiva |
| Servicios de Ambulancia   * Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios por avión, helicóptero, y ambulancia regular, a las instalaciones apropiadas más cercanas que puedan facilitar cuidados únicamente si son facilitados a un miembro cuya condición médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si han sido autorizados por el plan. * El transporte por ambulancia en un caso que no sea una emergencia es apropiado si se ha documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es necesario por razones médicas. | *[List copays / coinsurance / deductible. Specify whether cost-sharing applies one-way or for round trips.]* |
| Description: Apple icon.Apple icon.Chequeo Annual de bienestar  Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, y usted puede tener una visita annual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.  **Tenga en cuenta**: Tu primera visita annual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare.” Sin embaro, usted no necesita haver tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura de de visita annual de bienestar después de haber tenido la Parte B dutrante 12 meses. | No hay coseguro, copago o deducible para la visita annual de bienestar. |
| Description: Apple icon.Apple icon.Chequeo de la masa ósea  Para peronsas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los servicios siguientes están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea o determiner la calidad ósea, incluyendo la interpretación del médico de los resultados.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago o deducible par alas mediciones de la masa ósea cubiertas por Medicare. |
| Description: Apple icon.Apple icon.Chequeo del cancer de mama (mamografías)  Servicios cubiertos inlcuyen:   * Una mamogrfía inicial entre las edades de 35 y 39 * Una mamogrfía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más * Examen clinic de mama cada 24 meses   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago o deducible para mamografías de detección. |
| Servicios de rehabilitación cardíaca  Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que inlcuyen ejercicios, educación y asesoría para miembros que reúnen ciertas condiciones con la *insert as appropriate:* derivación O orden] de un médico. El plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca que habitualmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rhabilitación cardíaca.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Description: Apple icon.Apple icon.VVisita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)  Cubrimos una visita al año a su médico de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede discutir el uso de aspirina (si apropiado), revisar su presión arterial, y le dará consejos para asegurarse de que está comiendo bien.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago o deducible para la terapia conductual intensive para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares |
| Description: Apple icon.Apple icon.Chequeo de la fermedad cardiovascular  Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años once (60 meses).  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago o deducible para priebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años. |
| Description: Apple icon.Apple icon.Chequeo del cáncer cervical y vaginal  Servicios cubiertos incluyen:   * Exámenes de la prueba de Papanicloau y pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. * Si usted está en alto riesgo o de cancer cervical o ha tenido una prieba de Papanicloau anormal y está en edad de tener hijos: La prueba de Papnicloau cada 12 meses. *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago o deducible por los examines preventivos cubiertos por Medicare de papanicolau y pélvicos. |
| Servicios quiroprácticos  Los servicios cubiertos incluyen:   * [*If the plan only covers manual manipulation, insert:* Solo cubrimos] manipulación de la columna para corregir la subluxación.   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Description: Apple icon.Apple icon.Chequeo del cancer colorrectal  Para las personas mayors de 50 años, lo siguiente está cubierto: sigmoidoscopía flexible (o enemas de bario como alternativa) cada 48 meses   * Examen de sangre oculta en haces, cada 12 meses   Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:  Colonoscopia de detección (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses  Para personas que no están en situación de riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:  Colonoscopía de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de 48 meses de una sigmoidoscopía  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago o deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.  *[If applicable, list copayment and/or coinsurance charged for barium enema.]* |
| *[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 (como limpieza, examenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por el Medicare Original. Cubrimos:  *[List any additional benefits offered, such as routine dental care.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Description: Apple icon.Apple icon.Chequeo de depresión  Cubrimos un examen de detección de depresión al año. El examen se debe realizar en un centro de cuidado primario que puede proporcionar el seguimiento del tratamiento y referencias.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de la depresión. |
| Description: Apple icon.Apple icon.Chequeo de la diabetes  Cubrimos esta prueba (uncluye pruebas de glucose en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales y cholesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o un historial de altos niveles de azúcar en sangre (glucosa). Pruebas también estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobreperso y tener antecedentes familiars de diabetes.  Basado en los resultados de estas pruebas, usted puede ser eligible para hasta dos pruebas de diabetes cada 12 meses.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago o deducible para los examens de detección de diabetes cubietos por Medicare |
| Description: Apple icon.Apple icon.Servicos y suministros para capacitación de la autogestión de la diabetes  *[Plans may put items listed under a single bullet in separate bullets if the plan charges different copays. However, all items in the bullets must be included.]* Para todas las personas que tienen diabetes (usadores y no usadores de insulina). Servicios cubierots incluyen:   * Suministros para controlar la glucose en sangre: Monitor de glucisa en sangre, tiras reactivas de glucose en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de glucose controlados para verificar la precision de las tiras reactivas y los monitores. * Para las personas con diabetes que tienen enfernedad grave de pie diabetico: Un par de zapatos terapéuticos moldeados personalizados por año calendario (incluyendo las plantillas provistas con los zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con esos zapatos). La cobertura incluye la adaptación. * La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierto bajos ciertas cndiciones.   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Equipo médico duradero y suministros relacionados  (Para una definición de “equipo médico duradero” véase el Capítulo 12 de este folleto.)  Artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a las muletas, sillas de ruedas, cama de hospital, equipo de bomba de infusion intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizador y andador.  [*Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Cubrimos todo el equipo médico duradero médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su area no lleva una marca fabricante en particular puede preguntarles si podemos pregunatrles si pueden ordenarlo especialmente para usted. [*Insert as applicable*: Incluimos una copia de nuestra lista de proveedores de equipo médico duradero en el sobre con este folleto. La lista más reciente de proveedores [*insert as applicable*: también] está disponible en nuestro sitio web en *[insert URL]*.]  [*Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Con este documento *Evidence of Coverage*, le enviamos una lista de *[insert 2017 plan name]* con los equipos médicos duraderos. La lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. .] [*Insert as applicable*: Incluimos una copia de nuestra lista de proveedores de equipo médico duradero en el sobre con este folleto.] Esta lista más reciente de las marcas, fabricantes y proveedores también se encuentra disponible en nuestro página web *[insert URL]*.  Generalmente, *[insert 2017 plan name]* cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes en la lista. No cubrimermos las demás marcas y fabricantes a menos que su médico o el proveedor nos diga que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si eres nuevo al *[insert 2017 plan name]* y está utilizando un equipo médico que no está en nuestra lista, vamos a seguir a cubrir esta marca para usted por un máximo de 90 días. Dutrante este tiempo usted debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este period de 90 días. (Si está en desacuerdo con su médico, usted le puede pedir que lo remita para una segunda opinion.)  Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decision de cobertura del plan, usted o su proveedor puede presenter una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decision de su proveedor sobre que producto o marca es apropiado para su condición médica. (Para más información sobre apelaciones vea el Capítulo 9, *What to do if you have a problem or complaint (coverage desiciones, appeals, complaints).*)] | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidado de emergencia  Cuidado de emergencia se refiere a servicios que son:   * Prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y * Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.   Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conociemiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfernedad, lesión, dolor severo, o una condición médica que empeora rápidamente.  Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.  *Also identify whether this coverage is within the U.S. or as a supplemental world-wide emergency/urgent coverage.]* | *[List copays / coinsurance / deductible. If applicable, explain that cost-sharing is waived if member admitted to hospital.]*  [*Insert if applicable:* Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita internación después de que su condición emergente sea estabilizada, debe trasladarse a un hospital de la red con el fin de pagar el monto de costo compartido de la red por la parte de su estadía después de ser estabilizado. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía sera cubierta pero usted pagará el monto de costo compartido por la parte de su estadía después de ser estabilizado.] |
| Description: Apple icon.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 del oído  Evauaciones de audición y equilibrio de diagnostic realizadas por su bloque [*insert as applicable:* PCP *OR* proveedor] para determiner si usted necesita tratamiento médico, se cubren como cuidado ambulatorio cuando los proporciona un médico, audiólogo u otro proveedore calificado.  *[List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Description: Apple icon.Apple icon.Prueba de VIH  Para las personas que solicitan una prieba de detección de VIH, o que están en mayor riesgo de infección cubrimos:   * Un examen de detección cada 12 meses   Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos:   * Hasta tres exámeness durante el embarazo   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiaries eligible por exámenes de detección de VIH cubiertos por Medicare. |
| Cuidados a través de agencia de la salud en el hogar  *[If needed, plans may revise language related to the doctor certification requirement.]* Antes de recibir los servicios de slaud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita los servicios de salud en el hogar y ordenará los servicios de salud en el hogar sean proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en el hogar, lo que significa que salid de la casa es un esfuerzo grande.  Servicios cubiertos inlcuyen, pero no están limitados a:   * A tiempo parcial o los seervicios de enfermería y asistencia de salud en el hogar calificados intermitentemente (para ser cubiertos bajo el benficio de cuidado médico a domicilio, servicios de enfermería y asistencia sa salud en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) * Terapia del habla, ocupacional, y terapia física * Servicios médicos y sociales * Equipos y suministros médicos | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidado de hospicio  Usted puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. . Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses de vida o menos si su enfermedad sigue su curso normal.  Los servicios cubiertos incluyen:   * Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor * Cuidado de relvo a corto plazo * Atención en el hogar   Para los servicios de cuidado de hospicio y los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y están relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios de hospicio y cualquier servicio de la Pate A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted estee en el programa de ospicio, su proveedor de hospicio facurará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga.  Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal: Si usted necesita servicios que no son de emergencia o urgentemente necesitados, que son cubiertos bajo Medicare Parte A o B y que no son relacionados a su pronóstico terminal, [*non-network PFFS plans, insert:* usted paga el costo-compartido del plan para los proveedores que se consideren.][*network PFFS plans insert:* el costo de estos servicios depende si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:   * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted sólo paga el monto del costo-compartido del plan por los servicios dentro de la red * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera-de-la-red, usted paga el costo-compartido del plan para los proveedores que se consideren.]   Para los servicios que están cubiertos por *[insert 2017 plan name]*, pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: *[insert 2017 plan name]* continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos bajo la Parte A o B sin importar que no sea relacionado a su pronóstico terminal. Usted paga su monto de costo compartido del plan para estos servicios.  Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: los medicamentos nunca están cubiertos por nuestro plan y el hospicio al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (*Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare*).  **Nota:** Si usted necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Si usted obtiene sus servicios no de hospicio con nuestros proveedores de la red le reducirá su parte del costo-compartido de los servicios.  [*Insert if applicable, edit as appropriate:* Our plan covers hospice consultation services (one time only) for a terminally ill person who hasn’t elected the hospice benefit.] | Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal son pagados por Medicare Original, not *[insert 2017 plan name]*.  *[Include information about cost-sharing for hospice consultation services if applicable.]* |
| Description: Apple icon.Apple icon.Immunizaciones  Servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyern:   * Vacuna contra la neumonía * Vacunas contra la gripe, una vez al año en otoño o invierno * Vacunas contra la Hepatitis B si tiene u riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B * Otras vacunas si usted está en riesgo y que cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare   También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro plan de medicamentos recetados de la Parte D.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago o deducible por las vacunas de la neumonía, influenza, y Hepatitis B. |
| Cuidado de pacientes hospitalizados  Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. Atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día que ingresa formalmente al hospital bajo una orden del médico. El día antes de que le den de alta es su último día de hospitalización.  *[List days covered and any restrictions that apply.]* Servicios cubiertos inlucyen, pero no están limitados a:   * Habitación semi privada (o una habitación privada sea médicamente necesario) * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios regulares de enfermería * Costo de la unidad de cuidados especiales (tales como las unidades de cuidados intensivos y atención coronaria * Drogas y medicamentos * Pruebas de laboratorio * Rayos X y otros servicios de radiografía * Suministros médicos y quirúrgicos necesarios * Uso de aparatos, como silla de ruedas * Costos de sala operative y recuperación * Terapia física, ocupacional y de habla * Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados | [*List all cost-sharing (deductible, copayments/coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost-sharing is based on the original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/explanation of approved benefit period here. Plans that use per-admission deductible include:* Un deducible por admission se aplica ua vez durante la prestación definida. *[In addition, if applicable, explain all other cost-sharing that is charged during a benefit period.]*] |
| Cuidados de pacientes hospitalizados (continuado)   * Bajos ciertas condiciones, los suguientes tipos de trasplantes están cubiertos: corneal, renal, pancreático-renal, cardiaco, higado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, pulmones, células madre, e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante haremos los arreglos para que su caso sea revisado por centro de trasplante aprovado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para u trasplante. [*Plans with a provider network insert:* Proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del area de servicio. Si nuestros servicio de trasplante de la red son en un lugar distante, usted puede elegir obtener sus servicios de trasplante localmente o en un centro remoto ofrecido por el plan, siempre que el proveedor del trasplante esté dispuesto a aceptar las tarifas de Medicare Original.Si *[insert 2017 plan name]* ofrece servicios de trasplante en un centro remoto (fuera del área de servicio) y usted elige obtener trasplantes en este centro remoto, haremos los arreglos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.] *[Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.]*y administración. Cobertura de sangre complete y células rojas comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesite – usted debe ya sea pagar los costos de las 3 primeras pintasde sangre que reciba en un año calnedario o tiene la sangre donada por usted o alguien más. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Servicios médicos   **Nota:** Para la internación, su proveedor debe escriba una orden para admitirlo usted formalmente como paciente del hospital. Incluso si usted permanence en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio.” Si usted no está seguro si es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También se puede encontrar información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si usted tiene Medicare – Pregunte!” Esta hoja informative está disponible en la web en <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf> o llamando a1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usarios de TTY llamen al 1‑877‑486‑2048. Usted puede llamar estos números gratis, 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 as applicable:* Un deducible y otros costos compartidos se cobrará por cada estadía en el hospital.]  *[If inpatient cost-sharing varies based on hospital tier, enter that cost-sharing in the data entry fields.]*  Si usted recibe servicios de internación [*insert if applicable:* autorizados] fuera de u hospital de la red después de que sus condiciones de emergencia se estabilicen, su costo compartido será el más [*insert if applicable:* alrto] que pagará en un hospital de la red. |
| Cuidado de salud mental   * Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado psiquiátrico que requieren hopitalización. [Lista de días cubiertos, las restricciónes tales cómo límite de por vida de 190 días para los servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.] | [*List all cost-sharing (deductible, copayments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost-sharing is based on the original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/explanation of approved benefit period here. Plans that use per-admission deductible include:* Un deducible por admisión se aplica una vez durante el period de prestación definida*. [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:* Una participación en los costos deducibles y/o de otro tipo se cobra por cadsa estadía en el hospital.] |
| Servicios de hospitalización cubiertos durante una estadía como paciente internado no cubierto  *[Plans with no day limitations on a plan’s hospital or SNF coverage may modify or delete this row as appropriate.]*  Si usted ha agotado sus beneficios de internación o si el estado en el hospital no es razonable ni necesario, no cubriermos su estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que reciba mientras en el hospital o el centro de enfermaría especializada (SNF). Servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:   * Servicios médicos * Pruebas de diagnostico como (análisis de laboratorio) * Rayos X, radio e isótopos, incluyendo los materiales y servicios técnicos * Apósitos quirúrgicos * Férulas, yesos y otros servicios utilizados para reducer fracturas y doslocaciones * Prótesis y dispositivos ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen todo o parte de un órgano interno del (incluyendo el tejido contiguo), o toda la parte de la function de un órgano interno del cuerpo permenentemente inoperante o que funcione mal, incluyendo la sustitución o reparación de dichos dispositivos. * Piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piermas, brazos y ojos artificiales, inclutyendo los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente. * Terapia física, ocupacional y del habla | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Description: Apple icon.Apple icon.Terapia médica de nutrición  Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no sometidos a diálisis), o depsués de un trasplante de riñón cuando [*insert as appropriate:* referido *OR* ordenado] por su médico.  Cubrimos 3 horas de servicio de asesoramiento individual durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de asisitencia Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage plan o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento, o diagnostic cambia, es possible que pueda rcibir más horas de tratamiento con un [*insert as appropriate:* órden *OR* referido]. Un médico debe recetar estos servicios y services y renovar sus [*insert as appropriate:* órden *OR* referido] cada año si necesita tratamiento en el próximo año calendario.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficiaries eligible para los servicios de terapia de nutrición médica cubitera por Medicare. |
| Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare  Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Medicare Original. Miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Medicamentos cubiertos incluyen:   * Medicamentos generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se deben injectar o infundir mientras recibe servicios médicos, ambulatorios del hospital o servicios de centro de cirugía ambulatoria * Medicamentos que se administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. * Factores de coagulación que usted se inyecta si tiene hemofilia. * Fármacos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante * Medicamentos injectables para osteoporosis, si está confinado al hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada a la osteoporosis posmenopeausica y no puede autoadministrarse el medicamento. * Antígenos * Ciertos medicamentos orlaes contra el cáncer y medicamentos contra las nauseas * Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar inlcuyendo heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamentemente necesario, anesthesia tópica y agentes estimulantes de la *[plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan]* (tal como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, or Darbepoetin Alfa) * La inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria   El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que estos estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a tavés de nuestro plan se explica en el Capítulo 6 | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Description: Apple icon.Apple icon.Pruebas y terapia de obesidad para promover una pérdida de peso prolongada  Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, que cubra la consejería intensiva para ayudar a perder peso. Esta orientación está cubierto si usted lo consigue en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con el plan de prevención integral. Hable con su médico de cabecera o médico para obtener más.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago ni deducible para el cribado de la obesidad y la terapia preventiva. |
| Pruebas de diagnóstico, servicios, y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios  Servicios cubiertos inlcuyen, pero no se limitan a:   * Rayos -X * La terapia de radiación (radio e isótopos) incuyendo las materiales y suministros [Enumere separadamente cualquier servicios al que se le aplica un copago/coseguro separado más allá de la consulta externa de radiación/terapia de copago/coseuro.] * Suministros quirúrgicos, tales como vendajes * Férulas, yesos y otros servicios utilzados para reducer fracturas y dislocaciones. * Pruebas de laboratorio * Sangre – incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre y de glóbulos rojos envasados empieza únicamente con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted deberá pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, o tener sangre donada por usted u otra persona para usted. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta usada. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]*. * Otras pruebas diagnósticas [Planes pueden incluir otros exámenes cubiertos en su caso.] | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios ambulatorios de hospital  Cubrimos servicios necesarios por razones médicas que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.  Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:   * Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes externos, tales como los servicios de observación o la cirugía ambulatoriaLaboratory and diagnostic tests billed by the hospital * Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento hospitalario se requeriría sin rayos-X y otros servicios de radiografía facturados por el hospital * Suministros médicos como férulas y yesos * Ciertos examines de detección y servicio preventivos * Ciertos medicamentos y productos biológicos que no pueda autoadministrarse   **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio.” Si usted no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.  También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio? Si tiene Medicare - Pregunte “Esta hoja informativa está disponible en la Web en <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usarios de TTY pueden llamar al 1‑877‑486‑2048. Usted puede llamar estos numerous gratis, 24 horas al día, 7 días a la semana.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidados ambulatorios de salud mental  Servicios cubiertos inlcuyen:  Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra con licencia del estado o al médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional según lo permitan las leyes aplicables del estado la atención de salud mental calificado por Medicare. *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios ambulatorios de rehabilitación  Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.  Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proporcionan en varios centros ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF). | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios ambulatorios para abuso de sustancias  ***[****Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.****]*** | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| **Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios facilitados en los centros ambulatorios de un hospital y centros quirúrgicos ambulatorios**  Nota: Si va a someterse a una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si será un paciente interno o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| **Servicios de hospitalización parcial**  La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como paciente ambulatorio del hospital o por un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios médicos o de profesionales de la salud, incluyendo visitas al médico  Servicios cubiertos inlcuyen::   * Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios suministrados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otra ubicación, consultation, diagnosis, y tratamiento por un especialista * Exámenes de audición y equilibrio básicas realizadas por su [*insert as applicable:* PCP *OR* especialista], si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico. * [Insertar si el plan tiene un área de servicio y los proveedores / páginas que califican para los servicios de telesalud en virtud de los requisitos de Medicare: Ciertos servicios de telesalud, incluyendo la consulta, el diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional de los pacientes en algunas zonas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare] * Segunda opinión [Inserte si apropiado*:* por otro proveedor de la red] antes de la cirugía   • Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico) *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de podología  Los servicios cubiertos incluyen:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón).   • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Description: Apple icon.Apple icon.Pruebas de diagnóstico del cáncer de próstata  Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos inlcuyen lo siguiente cada 12 meses:   * Examen rectal digital   • Prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA) *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA. |
| Prótesis y suministros relacionados  Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen todo o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluyendo un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y la reparación y / o reemplazo de prótesis. También incluye cierta cobertura después de una extracción de cataratas o cirugía de cataratas - vea “Atención oftalmológica” más adelante en esta sección para más detalles. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| **Servicios de rehabilitación pulmonar**  Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad de moderada a muy severa pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y [*insert as appropriate:* un referido *OR* una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Description: Apple icon.Apple icon.Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol  Cubrimos una proyección abuso del alcohol para los adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son dependientes del alcohol.  Si dan positivo para el abuso de alcohol, puede obtener hasta 4 breves sesiones de consejería cara a cara al año (si eres competente y alerta durante la consejería) proporcionada por un médico de atención primaria o médico cualificado en un entorno de atención primaria. *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare y el asesoramiento para reducir el beneficio preventivo abuso de alcohol. |
| Description: Apple icon.Apple iconLa detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el asesoramiento para prevenir las ITS  Cubrimos infección de transmisión sexual (ITS) exámenes para detectar la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en mayor riesgo de una ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.  También cubrimos hasta 2 individuales 20 a 30 minutos, cara a cara sesiones de consejería de comportamiento de alta intensidad cada año para los adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionados por un proveedor de atención primaria y se desarrollan en un entorno de atención primaria, como la oficina de un doctor.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare para las ITS y consejería para prevenir beneficio preventivo ITS. |
| Servicios para tratar las condiciones y enfermedades del riñon  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con estadio IV de su enfermedad renal cuando su médico lo refiere, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida. * Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3) * Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) * Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) * Equipo y suministros para diálisis en casa * Certain home support services (such as, when necessary, visits by trained dialysis workers to check on your home dialysis, to help in emergencies, and check your dialysis equipment and water supply)   Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de la Parte B de Drogas, por favor vaya a la sección siguiente, “los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.” | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| **Centro de Enfermería Especializada (SNF)**  (Para una definición de “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este folleto. Centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”). *[List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]* Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:   * Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)Meals, including special diets * Servicios de enfermería especializada * Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla * Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre.) * Sangre - incluyendo almacenaje y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite - usted debe pagar bien los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene la sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta utilizada. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Suministros médicos y quirúrgicos comúnmente proporcionados por los SNF * Rayos X y otros servicios de radiología comúnmente proporcionados por los SNF * Uso de aparatos, como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF   • Servicios del médico / Practicante  Generalmente, usted recibirá su atención de SNF en los centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar en costos de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.   * Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de cuidado en donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione cuidado de enfermería especializada).  • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que salga del hospital. | *[List copays/ coinsurance. If cost-sharing is based on benefit period, include definition/explanation of BID approved benefit period here.]* |
| Description: Apple icon.Apple icon **Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar tabaco)**  Si usted consume tabaco pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos intentos para abandonar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas cara a cara.  Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: cubrimos servicios de consejería de cesación. Cubrimos dos intentos para abandonar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses, sin embargo, usted pagará el correspondiente como paciente interno o ambulatorio del costo compartido. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas cara a cara. *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de fumar y de consumir tabaco cubiertas por Medicare. |
| **Servicios de urgencia**  Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, emergencia, enfermedad médica, lesión o condición que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por los proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o inaccesibles.  Los costos compartidos para servicios de urgencia necesarios proporcionados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.  *[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. or as a supplemental world-wide emergency/urgent coverage.]* | *[List copays / coinsurance / deductible. Plans should include different copayments for contracted urgent care centers, if applicable.]* |
| Description: Apple icon.Apple icon.Cuidado de la vista  Los servicios cubiertos incluyen   * Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes oculares de rutina (refracción ocular) para anteojos / lentes de contacto. * Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, como personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos de 50 años o más: control de glaucoma una vez al año. * Para personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. * *[Adapt this description if the plan offers more than is covered by Original Medicare.]* Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía.).   *[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]* |
| Description: Apple icon.Apple icon.Visita Preventiva “Bienvenido a Medicare”  El plan cubre la “Bienvenido a Medicare” visita preventiva. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo ciertos exámenes de detección y vacunas) y referidos para otros cuidados si es necesario.  **Importante:** Cubrimos el “Bienvenido a Medicare” visita preventiva sólo dentro de los primeros 12 meses de tener Medicare Parte B. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su “Bienvenido a Medicare” visita preventiva. | No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” |

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

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

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original y no incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan **“Beneficios Suplementarios Opcionales.”** Si quieres recibir estos beneficios suplementarios opcionales, debe inscribirse para recibirlos [insertar si corresponde, 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 insert adjunto*]* están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

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

#### Sección 2.3 Cómo obtener cuidado utilizando beneficio de visitante / viajero opcional 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 usted está ausente de forma continua desde el área de servicio de nuestro plan por más de seis meses, por lo general hay que darse de baja de nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos como un beneficio suplementario un programa para visitantes / viajeros *[specify areas where the visitor/traveler program is being offered]*, que le permitirá permanecer inscrito en nuestro plan cuando está fuera de nuestra área de servicio durante menos de 12 meses. Este programa está disponible para todos miembros que se encuentren temporalmente en el área visitante / viajero. Bajo nuestro programa de visitante / viajero puede recibir todos los servicios cubiertos por el plan en en-costos de la red. Comuníquese con el plan para ayudar a localizar un proveedor cuando se utiliza el beneficio de visitante / viajero.

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

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

#### Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica qué tipos de servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan. Si un servicio está “excluido” significa que este plan no cubre el servicio.

El cuadro a continuación describe ciertos servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que se cubren bajos condiciones específicas.

Si usted recibe servicios que están excluidos, deberá pagarlos de su bolsillo. No pagaremos por los servicios médicos excluidos que figuran en el cuadro de abajo excepto bajo las condiciones específicas indicadas. La única excepción: pagaremos por un servicio dentro del cuadro de abajo que es considerado, tras apelación, ser un servicio provechoso por razones médicas y que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este folleto.)

Todas las exclusiones o limitaciones a los servicios se describen el Cuadro de Beneficios, o en el cuadro de abajo.

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

| **Servicios no cubiertos por Medicare** | **No cubiertos en ningún caso** | **Cubiertos únicamente para afecciones específicas** |
| --- | --- | --- |
| Los servicios considerados como no razonables y necesarios, según los estándares de Medicare Original | **√** |  |
| Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos.  Procedimientos y artículos experimentales son aquellos que no son determinados por nuestro plan y por Medicare Original, ser generalmente aceptados por la comunidad médica. |  | **√**  Pueden estar cubiertos por Medicare Original o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan  (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para más información acerca de estudios de investigación clínica.) |
| Habitación privada en un hospital. |  | **√**  Solo se cubre cuando se considere necesario por razones médicas. |
| Artículos personales en su habitación del hospital o un centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o una televisión. | **√** |  |
| Cuidados de enfermería en el hogar a tiempo completo | **√** |  |
| \* Cuidados de custodia, que son cuidados facilitados en una residencia de ancianos, hospicio, u otro centro cuando usted no requiere cuidados médicos especializados o cuidados de enfermería especializados. | **√** |  |
| Los servicios de la casa incluyen asistencia básica con las tareas de la casa, incluyendo limpieza básica o preparación de comidas ligeras. | **√** |  |
| Cargos cobrados por sus familiares inmediatos que viven en su hogar. | **√** |  |
| Cirugía o procedimientos cosméticos |  | **√**   * Se cubre si son necesarios por herida accidental o para mejorar una parte del cuerpo malformada..      * Cubiertos para todas las etapas de la reconstrucción de pecho está cubierta después de una mastectomía, incluyendo el seno no afectado para producir una apariencia simétrica. |
| Cuidados dentales rutinarios, tales como limpiezas, empastes o dentaduras. | **√** |  |
| Cuidados dentales no rutinarios. |  | **√**  Los cuidados dentales no rutinarios necesitados para tratar una enfermedad o herida tal vez sean cubiertos como cuidados ambulatorios o internados. |
| Cuidados quiroprácticos de rutina |  | **√**  La manipulación manual de la espina dorsal para corrregir la subluxación está cubierta. |
| Cuidados rutinarios de los pies |  | **√**  Alguna cobertura limitada facilitada según las normas de Medicare, p. ej., si tiene diabetes. |
| Comidas a domicilio | **√** |  |
| Zapatos ortopédicos |  | **√**  Si los zapatos son parte de un soporte de la pierna y estén incluidos en el costo del soporte o bien que los zapatos sean para una persona con enfermedad de los pies debida a la diabetes |
| Aparatos de soporte para los pies |  | **√**  Zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas con enfermedad de los pies debida a la diabetes. |
| Exámenes del oído rutinarios, audífonos, o exámenes para ajustar los audífonos. | **√** |  |
| Anteojos, exámenes de la vista rutinarios, queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otros aparatos para visión limitada. |  | **√**  Los exámenes de la vista rutinarios y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas. |
| Reversión de un procedimiento de esterilización y suministros de anticonceptivos no recetados. | **√** |  |
| Acupuntura | **√** |  |
| Servicios de medicina natural (que utilizan tratamientos naturales o alternativos). | **√** |  |

\*Los cuidados de custodia son cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, tales como cuidados que lo ayudan con las actividades diarias, tales como asearse o vestirse.

CAPÍTULO 5

Uso de la cobertura del plan   
para sus medicamentos   
recetados de la Parte D

.

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

SECCIÓN 1 Introducción 105

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D 105

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan 106

SECCIÓN 2 Llene su receta en una farmacia de la red [insértese si procede: oa través del servicio de pedido por correo del plan] 107

Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red 107

Sección 2.2 Encontrar farmacias de la red 107

Sección 2.3 El uso de los servicios de pedidos por correo del plan 108

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos? 111

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan? 112

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan 113

Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 113

Sección 3.2 Hay *[insert number of tiers]* “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos 114

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos? 115

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 115

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 115

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 116

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplican a sus medicamentos? 117

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto? 117

Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer sis u medicamento no está cubierto de la forma que usted deseraía que fuera cubierto 117

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamernto está restringido de alguna manera? 118

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto? 121

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos? 122

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 122

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando? 122

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan? 123

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 123

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de miembro del plan a surtir una receta 125

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía 125

Sección 8.2 ¿Qué pasa si usted no tiene su tarjeta de membresía con usted? 126

SECCIÓN 9 La cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 126

Sección 9.1 ¿Qué pasa si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan? 126

Sección 9.2 ¿Qué pasa si usted es residente de un cuidado a largo plazo (LTC)? 126

Sección 9.3 ¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de empleador o de jubilados? 127

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare? 128

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos 128

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura 128

Sección 10.2 Terapia de Manejo de Medicamentos (MTM) [*insert if plan has other medication management programs:* y otros] programa [*insert if* *applicable:* “s”] para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos 129

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

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

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

Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información en este *Evidencie de Cobertura* acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D** [*insert as applicable:* **puede] que no se aplice a usted.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider]* Nosotros [*insert as appropriate:* han incluido *OR* enviarle] un inserto separado, denominado “Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como el “Jinete de subsidio por bajos ingresos” o el “LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, por favor llame a Servicios Para Miembros y solicite la “Cláusula LIS.” (Números de teléfono de Servicios Para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

### SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, *[insert 2017 plan name]* también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, por lo general, nuestro plan cubre los medicamentos que usted recibe cuando está hospitalizado o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que paga)* le informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos durante una hospitalización o estadía en un centro de enfermería especializada cubierta, además de sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Es posible que sus medicamentos estén cubiertos por Medicare Original si usted está en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre la Parte A y la Parte B de Medicare, y los servicios y medicamentos de la Parte D relacionados con su pronóstico terminal y condiciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos bajo el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, vea la Sección 9.4 (*Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare*). Para obtener información sobre la cobertura de hospicio, vea la sección de hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que paga).*

Las siguientes secciones analizan la cobertura de los medicamentos bajo las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye información sobre su cobertura de la Parte D y Medicare Original.

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

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

* Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada) para dar recetas.
* Su profesional que receta medicamentos debe aceptar Medicare o presentar documentación al CMS que demuestre que está calificado para recetar medicamentos, o su reclamo de la Parte D será rechazado. Debe preguntar al profesional que receta sus medicamentos la próxima vez que lo llame o lo visite si cumple con esta condición. De no ser así, tenga en cuenta que toma tiempo que el profesional que receta sus medicamentos presente todo el papeleo necesario a ser procesado.
* En general, usted debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Vea la Sección 2, *Llene sus recetas en una farmacia de la red* [*insert if applicable* oa través del servicio de pedido por correo del plan].)
* Su medicamento debe estar en el plan de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*( la llamamos la “Lista de Medicamentos)”. (Vea la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en el plan de la “Lista de Medicamentos*”.)
* Su medicamento debe utlizarse para una indicación aceptada por razones médicas. Una “indicación medicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. (Vea la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas.)

### SECCIÓN 2 Llene su receta en una farmacia de la red [insértese si procede: oa través del servicio de pedido por correo del plan]

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

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

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

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

#### Sección 2.2 Encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de Farmacias*, visite nuestro página web (*[insert URL]*), o llame a Servicios Para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

Si la farmacia que ha estado utilizando deja la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté en la red. [*Insértese si procede:.* O si la farmacia que ha estado utilizando las estancias dentro de la red pero ya no está ofreciendo de costo compartido preferido, es posible que desee cambiar a otra farmacia] Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios Para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este manual) o utilizar el Directorio de Farmacias. [*Insértese si procede:* También puede encontrar información en nuestro página web en [insertar dirección de la página web].]

**¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?**

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

* Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. [Planes pueden insertar información adicional acerca de los servicios de la casa de infusión de farmacia de la red del plan.]
* Las farmacias que ofrecen medicamentos para residentes de una instalación de cuidado a largo plazo (LTC). Generalmente, las instalaciones de cuidado a largo plazo (como un asilo para ancianos) tienen su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir normalmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que usa la LTC. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, sírvase comunicarse con los Servicios para Miembros. *[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que atienden al / Tribal / Programa indio del servicio de Salud Indígena Urbano de la Salud (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, sólo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red. *[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]*

• Farmacias que proveen medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debe ocurrir con poca frecuencia).

Para localizar una farmacia especializada, consulte su Directorio de Farmacias o llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

#### Sección 2.3 El uso de los servicios de pedidos 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 pedidos por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos suministrados a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una condición médica crónica o de largo plazo. [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de **“pedido por correo”** en nuestra Lista de medicamentos.] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con un asterisco en nuestra Lista de Medicamentos.]]

El servicio de pedido por correo del plan [*insert either:* permite *OR* requiere] que usted ordene [*insert either:* ***at least* suministro de un [XX]-día de la droga y *no more than* suministro de un [XX]-día** *OR* **hasta un suministro de [XX] días** *OR* **un [XX] Fuente de 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 pedido e] información sobre cómo surtir sus recetas por correo *[insert instructions]*.

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

*[Sponsors should provide the appropriate information below from the following options, based on i) whether the sponsor is operating under the exception for new prescriptions described in the December 12, 2013 HPMS memo; and ii) whether the sponsor offers an optional automatic refill program.* *Sponsors who provide automatic delivery through retail or other non-mail order means have the option to either add or replace the word “ship” with “deliver” as appropriate.]*

*[For new prescriptions received directly from health care providers, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Plan Sponsors operating under the auto ship policy as described in the 2014 Final Call Letter (all new prescriptions from provider offices must be verified with the beneficiary before filled), insert the following:*

**Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico**.   
Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para saber si desea que se surta la receta inmediatamente o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le envíe el medicamento correcto (incluidos la potencia, la cantidad y la forma) y, si fuera necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se facture y se le envíe. Es importante que atienda cada vez que la farmacia se comunique con usted de manera de hacerles saber qué hacer con la nueva receta y para evitar retrasos en el envío.]

[***Option 2:*** *Plan Sponsors operating under the exception to the auto ship policy, as described in the 12/12/2013 HPMS memo (new prescriptions received directly from provider offices can be filled without beneficiary verification when conditions are met), insert the following:*

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

* Usted usó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
* Se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de sus proveedores de atención médica. Usted puede solicitar la entrega automática de todas sus recetas nuevas ahora o en cualquier momento al *[insert instructions]*.

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea, y nadie se comunicó con usted antes del envío para preguntarle si la quería, puede que sea elegible para un reembolso.

Si usó el pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.

Si nunca usó nuestro servicio de envío por correo o si decide cancelar los surtidos automáticos de sus nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para saber si usted desea que se surta y se le envíe de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le está enviando el medicamento correcto (incluida la potencia, la cantidad y la forma) y, si es necesario, permitirle cancelar o retrasar el pedido antes de que se facture y se le envíe. Es importante que atienda cada vez que la farmacia se comunique con usted de manera de hacerles saber qué hacer con la nueva receta y para evitar retrasos en el envío.

Para darse de baja del servicio de entrega automática de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.]

*[For refill prescriptions, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Sponsors that* ***do not*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**Resurtidos de recetas de pedido por correo.** Para resurtidos, comuníquese con su farmacia *[insert recommended number of days]* días antes de que se le acaben los medicamentos que tiene para asegurarse de que su pedido se envíe a tiempo.]

[***Option 2:*** *Sponsors that* ***do*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**Resurtidos de recetas de pedido por correo.** Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de registrarse para el servicio de pedido por correo automatizado [*optional: “*called *insert name of auto refill program”*]. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su próxima receta automáticamente cuando nuestros registros indiquen que su medicamento se acabará próximamente. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada envío para asegurarse de que necesita el medicamento; usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si sus medicamentos han cambiado. Si elige no usar el servicio de pedido por correo automatizado, comuníquese con nosotros *[insert recommended number of days]* días antes de que los medicamentos que tiene se le acaben para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Para darse de baja de nuestro programa [*optional: insert name of auto refill program instead of “*nuestro programa*”*] que prepara automáticamente sus resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros *[insert instructions]*.]

[*All plans offering mail order services, insert the following:*

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de hacer saber a la farmacia cuáles son las mejores formas para comunicarse con usted. *[Insert instructions on how enrollees should provide their communication preferences.]*]

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

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

[*Insert if applicable:* Cuando usted recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, sus costos compartidos podrían ser más bajos.] El plan ofrece [*insert as appropriate:* una manera *OR* dos maneras] de recibir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular, para un problema médico crónico o a largo plazo.) [*Insert if applicable:* Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (vea la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista]

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

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

**Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones**

Por lo general, cubrimos medicamentos que se surten en una farmacia de fuera de la red *solamente* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. [*Insert if applicable:* Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.] Si usted no puede utilizar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

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

En estas situaciones, primero consulte a Servicios para Miembros para ver si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia de fuera de la red y el costo que estaría cubierto en una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

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

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

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

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

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

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

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

* Aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para la que fue recetado.)

• - o - respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el DRUGDEX Information System, y el USPDI o su sucesor; y, para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores.)

**La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos**

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

[*Insert if applicable:*

**Medicamentos sin receta**

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

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

*[Planes que no utilizan los niveles de medicamentos deben omitir esta sección.]*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicar en función de factores como la fuerza, la cantidad, o la forma del medicamento prescrito por el médico (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día en comparación con dos por día; tableta contra líquido).

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

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

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

**Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible**

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

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor debe obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se llama “autorización previa”. Veces el Requisito de obtener la aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no estar cubierto por el plan.

**Probar un medicamento diferente primero**

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

**Límites de cantidad**

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede tener. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de suministros que puede recibir, o la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normlmente se considera seguro tomar solo una pastille opr día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

#### Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplican a sus medicamentos?

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

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

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

#### Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer sis u medicamento no está cubierto de la forma que usted deseraía que fuera cubierto

Esperamos que su cobertura de medicamentos le funcione bien. Pero podría haber un medicamento por receta que está tomando actualmente, o que usted y su proveedor piensan que usted debería tomar, que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

* El medicamento no esté cubierto. O tal vez esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión del medicamento de marca que usted quiere tomar no está cubierta.
* El medicamento está cubierto, pero hay reglas extra o restricciones en la cobertura para ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas extra para restringir su uso. *[Delete this sentence if plan does not have step therapy]* Por ejemplo, puede ser que le exijan que usted pruebe otro medicamento primero para ver si trabaja antes de que le cubran el medicamento que usted quiere tomar. *[Delete this sentence if plan does not have quantity limits]* O puede ser que haya límites en la cantidad del medicamento (número de píldoras, etc.) que se cubre durante un período de tiempo en particular. En algunos casos, puede ser que usted quiera que condonemos la restricción en su caso.
* [*Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]*El medicamento está cubierto pero está en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos compartidos sean más costosos de lo que usted cree que deben ser**.** El plan pone cada medicamento en uno de los *[insert number of tiers]* niveles diferentes de costos compartidos. Lo que usted paga por sus recetas depende en parte del nivel de costos compartidos en el que esté su medicamento.

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviese 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 os sis u medicamento no está restringido, conulte la Sección 5.2 para saber 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 piensa que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber loq ue puede hacer.

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

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

* Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (sólo los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto dará a usted ya su proveedor tiempo dar para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que el medicamento sea cubierto.
* Puede cambiar a otro medicamento.
* Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

**Es posible que pueda obtener un suministro temporal**

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

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

* El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de Medicamentos del plan.**
* -- o -- El medicamento que ha estado **tomando ahora está restringido de alguna manera** (la Sección 4 de este capítulo informa sobre las restricciones).

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

* *[Sponsors may omit this scenario if all current members will be transitioned in advance for the following year]* **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado y no están en un cuidado a largo plazo (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 si es nuevo y durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days)]* del año calendario si estaba en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será por un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]*. Si su receta es por menos días, vamos a permitir que varios rellenos que proporcionan hasta un máximo de *[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)]* de la medicación. La receta se debe surtir en una farmacia de la red.

* **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado y residen en una institución de cuidado a largo plazo (LTC):**

Nosotros 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 si es nuevo y durante los primeros *[insert time period (must be at least 90 days*)] del año calendario si estaba en el plan el año pasado**. 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)]*. Si le dieron la receta por menos días, le permitiremos múltiples surtidos para ofrecerle hasta un máximo de *[(must be at least a 91-day supply) and may be up to a 98-day supply]* del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de la instalación a largo plazo podría ofrecerle el medicamento en menores cantidades para evitar desperdiciarla.)

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

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

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

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

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

**Puede cambiar a otro medicamento**

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Usted puede llame a Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

**Usted puede solicitar una excepción**

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma que usted desearía que fuera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento 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 may omit the following paragraph if they do not have an advance transition process for current members.]* Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna forma para el próximo año, le permitirá solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de su prescriptor). Si aprobamos su solicitud, le autorizar la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

#### Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que 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 cree que es demasiado alto, éstas son cosas que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Usted puede llame a Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Usted puede solicitar una excepción

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

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

[*Insert if applicable:* Los medicamentos en nuestros [*insert name of specialty tier*] no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad del costo compartido para los medicamentos en este nivel.]

### 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 ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría realizar cambios a la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

* **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Hay nuevos medicamentos disponibles, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno ha aprobado un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es eficaz.
* *[Plans that do not use tiers may omit]* Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.
* **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).

• **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.** En casi todos los casos, debemos obtener la aprobación de Medicare para los cambios que realizamos a la Lista de Medicamentos del plan.

#### Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

**¿Cómo sabrá si la cobertura de su medicamento ha cambiado?**

Si hay un cambio en la cobertura *de un medicamento que está tomando*, el plan le enviará un aviso para informarle. Normalmente**, se lo haremos saber por lo menos 60 días de anticipación**.

De vez en cuando, un medicamento **se retira repentinamente** porque se ha descubierto que no es seguro o por otras razones. Si esto sucede, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Le dejaremos saber de este cambio de inmediato. Su proveedor también tendrá conocimiento de ese cambio, y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.

**¿Los cambios en su cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?**

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

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

Si cualquiera de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando, el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o ninguna restricción adicional en el uso de la droga. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios le afectarán.

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

* Si un **medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un nuevo medicamento genérico**, el plan debe darle aviso al menos 60 días de anticipación o proporcionarle una reposición de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
  + Durante este período de 60 días, usted debe trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico oa un medicamento diferente que cubramos.

O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).*

* De nuevo, si un medicamento **se retira repentinamente** del mercado debido a que se comprobó que no es seguro o por otras razones, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Le dejaremos saber de este cambio de inmediato.
  + Su proveedor también tundra conocimiento de ese cambio, y puede trabajar 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 indica qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

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

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

* La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
* Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de etiqueta. El “uso fuera de etiqueta” es cualquier uso del medicamento distinto a los usos indicados en el prospecto del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas.
* Por lo general, la cobertura para “uso fuera de etiqueta” se permite sólo cuando el uso se apoya en ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el DRUGDEX Information System, y para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está apoyado por ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir el “uso fuera de etiqueta”.

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

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

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

[*Insert if plan offers coverage for any drugs excluded under Part D*: Además, si está recibiendo **“Ayuda Adicional” de Medicare** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda Adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Por favor refiérase a la lista o de medicamentos del plan llame a Servicios Para Miembros para obtener más información. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.) Sin embargo, si usted tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)]

[*Insert if plan does not offer coverage for any drugs excluded under Part D:* Si recibe “**Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos,** su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los numerous telefónicos y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)]

### SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de miembro del plan a surtir una receta

#### Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

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

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

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

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

### SECCIÓN 9 La cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

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

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

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

#### Sección 9.2 ¿Qué pasa si usted es residente de un cuidado a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, por favor póngase en contacto con Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

**¿Qué pasa si usted es residente de un cuidado a largo plazo (LTC) y convertirse en un nuevo miembro del plan?**

Si usted 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. La oferta 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 es por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede proporcionar la droga en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.) Si ha sido miembro del plan por 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 *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* suministro, o menos si su receta es por menos días.

Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se termine. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la manera que le gustaría que sea cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le dice que hacer.

#### Sección 9.3 ¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de empleador o de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de su (o de su cónyuge) o grupo de jubilados? Si es así, por favor póngase en **contacto con el administrador de beneficios de ese grupo.** Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que obtiene de nosotros será secundaria a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura grupal pagaría primero.

**Nota especial sobre 'cobertura acreditable':**

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

Si la cobertura del plan grupal es **“acreditable”,** significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

**Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable**, ya que puede necesitarlos más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si usted no recibió una notificación sobre cobertura acreditable de su plan grupal de su empleador o de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios del empleador o de jubilados del grupo o de el empleador o la unión.

#### Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento para las náuseas, un laxante, un medicamento para el dolor o contra la ansiedad que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o problemas relacionados, nuestro plan debe recibir notificación del profesional que receta el medicamento o el proveedor de su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debería cubrir, puede solicitar al proveedor del hospicio o profesional que receta el medicamento que se asegure de que hemos recibido la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

En el caso de que usted revoque la elección de su hospicio o sea dado de alta del mismo, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termina su beneficio de hospicio de Medicare, usted debe presentar documentación a la farmacia que verifique su revocación o alta. Vea las partes anteriores de esta sección que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D*) le proporciona más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

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

#### Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura

Llevamos a cabo revisiones de uso de medicamentos para nuestros miembros para ayudar a asegurarse de que están recibiendo seguro y la atención adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los para Miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros en forma regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

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

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

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

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

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

Este programa es *[if applicable replace with: These programs are]* voluntario y gratos para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron este programa*[insert if applicable: “s”]* para nosotros. Este programa *[insert if applicable: The programs]*puede ayudarnos a estar seguros de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Nuestro [*if applicable replace* “Nuestro” *with* “Un”]programa se llama el programa de Manejode Terapia de Medicamentos (MTM). Algunos miembros quienes toman medicamentos para distintas condiciones médicas pueden recibir servicios a través del programa MTM. Su farmacéutico uotro profesional de la salud le darán una revisión amplia de todos sus medicamentos. Usted puede conversar sobre el mejor modo de tomar sus medicamentos, sus costos, o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con y sin receta. Usted recibirá un resumen por escrito de esta comunicación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda que puede hacer para sacarle mejor provecho a sus medicamentos, con espacio para que usted tome notas o escriba cualquier pregunta complementaria que tenga. También recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y porque los está tomando.

Es una buena idea que haga su revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para que pueda conversar con su doctor sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos con usted a su visita o cualquier vez que converse con sus doctores, farmacéuticos, y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencia.

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

CAPÍTULO 6

*Lo que usted paga   
por sus medicamentos   
recetados de la Parte* *D*

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

SECCIÓN 1 Introducción 135

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos 135

Sección 1.2 ¿Qué tipos de costos de bolsillo puede pagar por los medicamentos cubiertos? 136

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento 137

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los *[insert 2017 plan name]* miembros? 137

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago está 139

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de la Parte D de Beneficios” (la “Parte D EOB”) 139

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos al día 140

SECCIÓN 4 Durante la etapa de su deducible, usted paga el costo total de sus *[insert drug tiers if applicable]* medicamentos 141

Sección 4.1 Usted permanence en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado *[insert deductible amount]* por sus *[insert drug tiers if applicable]* medicamentos 141

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 142

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta 142

Sección 5.2 Una table que muestra sus costos para un suministro de un mes de un medicamento 143

Sección 5.3 Si su médico le receta menos del suministro de un mes completo, es possible que no tenga que pagar el costo de suministro de todo el mes 144

Sección 5.4 Una table que muestra sus costos para un suministro a largo plazo ([*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days]*-día) de un medicamento 145

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que su [*insert as applicable:* costo total de medicamentos por el año alcance $*[insert initial coverage limit]* *OR* costos directos de su bolsillo por el año alcancen $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*] 147

Sección 5.6 ¿Cómo calcula Medicare los costos de su bolsillo por los medicamentos recetados? 148

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Período Sin Cobertura [*insert as appropriate:* usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 51% de los costos de los medicamentos genericos *OR* el plan proporciona cierta cobertura de medicamentos.] 151

Sección 6.1 Usted permanece en el Período sin Cobertura hasta que los costos directos de su bolsillo lleguen a $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* 151

Sección 6.2 ¿Cómo calcula Medicare los costos de su bolsillo por los medicamentos recetados? 152

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 155

Sección 7.1 Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 155

SECCIÓN 8 Información adicional de beneficios 156

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 156

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 156

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener cobertura aparte para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de administrarle la vacuna 156

Sección 9.2 Es possible que desee llamarnos a Servicios Para Miembros antes de recibir una vacuna 158

SECCIÓN 10 ¿Tiene que pagar “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 158

Sección 10.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 158

Sección 10.2 ¿Cuánto es la multa opr inscripción tardía de la Parte D? 159

Sección 10.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa 160

Sección 10.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía? 161

SECCIÓN 11 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos? 161

Sección 11.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos? 161

Sección 11.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D? 162

Sección 11.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 162

Sección 11.4 ¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional de la Parte D? 163

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

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

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

Si usted está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos, **alguna información en esta Evidencia de Cobertura acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse a usted** *OR* **no se plaice a usted].** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider]*Nosotros [*insert as appropriate:* han incluido *OR* enviarle] un inserto separado, denominado “Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como el “Jinete de subsidio por bajos ingresos” o el “LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, por favor llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula LIS.” (Números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

### SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para mantener las cosas simples, utilizamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento de la Parte D receta. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D - algunos medicamentos están cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. [*Optional for plans that provide supplemental coverage*: Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si usted ha comprado una cobertura suplementaria de medicamentos.]

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, necesita saber lo básico sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explicar estos conceptos básicos:

* + **La *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).*** Para simplificar las cosas, a esto lo llamamos la “Lista de Medicamentos”.
  + Esta Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
  + *[Plans that do not use tiers, omit]* También indica en cuál de los *[insert number of tiers]* “Niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción en su cobertura para el medicamento.
  + Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro página web en *[insert URL]*. La Lista de Medicamentos de la página web es siempre la más actual.
* **Capítulo 5 de este folleto**. Capítulo 5 le da detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluyendo las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
* ***El Directorio de Farmacias* [*insert if applicable: Provider/*]del plan*.*** En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (vea el Capítulo 5 para más detalles). El [*insert if applicable: Provider/*] *Directorio de Farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan. También le indica qué farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de tres meses).

#### Sección 1.2 ¿Qué tipos de costos de bolsillo puede pagar por los medicamentos cubiertos?

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, usted necesita saber sobre los tipos de fuera de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”, y hay tres formas en las que puede que tenga que pagar.

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

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

#### Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los *[insert 2017 plan name]* miembros?

Como se muestra en la tabla a continuación, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados en *[insert 2017 plan name]*. La cantidad que usted paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento de recibir un suministro o una reposición *[Plans with no premium delete the following sentence.]* Tenga en cuenta que siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de 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 Período sin Cobertura* | **Etapa 4**  *Etapa de Cobertura Catastrófica* |
| --- | --- | --- | --- |
| [*If plan has a deductible for all tiers insert:* Usted comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año.] Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus [*insert if applicable:* marca de fábrica *OR* *[tier name(s)]*] medicamentos.  Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado $*[insert deductible amount]* para sus medicamentos [*insert if applicable:* de marca de fábrica *OR* *[tier name(s)]*] ($*[insert deductible amount]* es la cantidad de se [*insert if applicable:* marca de fábrica *OR* *[tier name(s)]*] deducible).  (Los detalles están en la Sección 4 de este capítulo.)  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no hay deducible para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.] | [*Insert if plan has no deductible:* Usted comienza 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 otros en su nombre) haya cumplido con su [*insert if applicable:* marca de fábrica *OR* *[tier name(s)]*] deducible, el plan paga su parte de los costos de su medicamento de [*insert if applicable:* marca de fábrica *OR* *[tier name(s)]*] y usted paga su parte de costo.]  Permanece en esta etapa hasta que al día que [*insert as applicable:* **“los costos totales de medicamentos** “(sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) Total $*[insert initial coverage limit]*. *OR* **“Gastos directos de su bolsillo”** (sus pagos) lleguen a $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*.]  (Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo.) | [*Plans with no additional gap coverage insert:* Durante esta etapa, usted paga el 40% del precio para los medicamentos de marca, además de una parte de la tarifa de suministro) y el 51% del precio de los medicamentos genéricos.]  [*Plans with additional 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 51% of the costs, whichever is lower].* Para medicamentos de marca, usted paga el 40% del precio (más una parte de la tarifa de suministro).] *[Plans with some coverage in the gap: insert description of gap coverage using standard terminology.]*  Permanece en esta etapa hasta que los del año hasta la fecha **“costos directos de su bolsillo**” (sus pagos) alcancen un total de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*. Este monto y las reglas para contar los costos hacia esta cantidad han sido establecidos 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 brecha de cobertura para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.] | Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre 2017).  (Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo.) |

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

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realizó al surtir sus recetas o recibir una reposición en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos que registramos:

* Llevamos un registro de cuánto ha pagado usted. Esto se denomina costo **“fuera de su bolsillo”.**
* Llevamos un registro de sus **“costos totales de medicamentos.”** Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado la Explicación de la Parte D de Beneficios (a veces se llama la “Parte D EOB”) cuando haya surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. incluye:

* **La información de ese mes**. Este informe proporciona los detalles de pagos de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
* **Totales del año desde el 1 de enero.** Est se llama información del “año hasta la fecha”. Se le muestra los costos totals de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año**.**

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

Para realizer un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos que efectúa por los mismos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. He aquí cómo usted puede ayudarnes a mantener su infromación correcta y al día:

* **Muestre su tarjeta de memebresía cuando surta una receta.** Para asegurarse de que sepamos acerca de las recetas que surte y lo que está pagando, muestre su tarjeta de mimebro de plan cada vez que surta una receta.
* **Asegurese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces que usted debe pagar los medicamentos recetados cuando no recibamos automáticamente la información que necesitemos para realizar un seguimiento de sus gastos de su bolsillo. Para ayudarnos allevar un registro de sus costos directos de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, vaya al Capítulo 7, Sección 2 de este folleto.) Estos son algunos tipos de situaciones en las que es possible que desee darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que tiene gastado en sus medicamentos:
  + Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  + Cuando realiza un copago por mediacmentos que son proporcionados por un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
  + Cada vez que haya comprador medicamentos cbiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total por un medicamento bajo circunstancias especiales.
* **Envíenos información sobre los pagos que otros han hacho por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por *[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las instituciones benéficas cuentan para los costos directos de su bolsillo. Usted debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos registrar los costos.
* **Registre el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB Parte D) por correo, revísela para asegurarse que la información esté complete y correcta. Si cree que falta algo en el informe, o si tiene alguna pregunta, por favor llámenos a Servicios Para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto.). *[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* Asegúrese de guardar estos informes. Son unos registros importante de sus gastos en medicamentos.

### SECCIÓN 4 Durante la etapa de su deducible, usted paga el costo total de sus *[insert drug tiers if applicable]* medicamentos

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

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with:* No hay deducible para *[insert 2017 plan name].*]

[*Plans with no deductible replace Section 4.1 title with:* Usted no tiene que pagar deducible por sus medicamentos de las Parte D.]

[*Plans with no deductible replace text below with*: No hay deducible para *[insert 2017 plan name]*. Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.]

La etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. [*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando usted está en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance la cantidad deducible del plan, que es de $[*insert deductible amount]* por 2017.] [*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:* Usted pagará un deducible anual de $*[insert deductible amount]* en *[insert applicable drug tier]* medicamentos. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos** ***[insert applicable drug tier*** medicamentos hasta que alcance la cantidad deducible del plan. Para todos los demás medicamentos usted no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.]

* Su “**costo entero**” es normalmente menos que el precio entero normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de medicamentos.
* El “**deducible”** es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que usted haya pagado $*[insert deductible amount]* por sus *[insert drug tiers if applicable]* medicamentos, usted abandona 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 del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

#### Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (el [*insert as applicable:* copago *OR* cantidad de coseguro *OR* copago or cantidad de coseguro]). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y del lugar donde surte su receta.

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

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

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del Plan está en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costos compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, más alto sera el costo del medicamento:

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

Para saber en qué nivel de costo compartido estea su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del Plan.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

* *[Plans 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 del plan
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia minorista de la red que ofrece participación en los costs estándar]
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, insert:* Una farmacia minorista de la red que ofrece preferido de costo compartido]
* Una farmacia que no está en la red del plan
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet]* Farmacia por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de Farmacias* del plan.

[*Include if plan has network pharmacies that offer preferred cost-sharing.* Generalmente, cubriremos sus recetas sólo si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen de costo compartido preferido. Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de la red que ofrecen de costo compartido preferido u otras farmacias de la red que ofrecen participación en los costos estándar para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser menores en las farnacias que ofrecen de costo compartido preferido.]

#### Sección 5.2 Una table que muestra sus costos para un suministro de un mes de un medicamento

[*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 sera un copago o un coseguro.

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

[*Plans that do not use drug tiers, omit]* Como se muestra en la table suguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido donde de encuentra su medicamtento. Por favor, tenga en cuenta:

* *[Plans without copayments, omit]* Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio más bajo por el medicamento. Usted paga ya sea el precio total del medicamento o la cantidad del copago, el que sea menor.
* Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Por favor, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para infromación sobre cuándo cubriremos una receta médica en una farnacia de la red.

[*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, the chart must include both standard and preferred cost-sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing, sponsors may at their option modify the chart to indicate the different rates. If any columns do not apply to the plan (e.g., preferred cost-sharing or mail order), remove them from the table. The plan may also add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell: “*Los envios por correo no están disponibles para las drogas en *[insert tier].”*]

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento de receta cubierto por la Parte D:

| **Nivel** | **Costo compartido estándar de venta al por menor (de la red)**  (hasta *[insert number of days]*-días de suministro) | **Costo compartido preferido de venta al por menor (de la red)**  (hasta *[insert number of days]*-días de suministro) | **Costo compartido de pedido al correo**  (hasta *[insert number of days]*-días de suministro) | **Costo compartido de cuidado a largo plazo**  (hasta *[insert number of days]*-días de suministro) | **Costo compartido fuera de la red**  (Cobertura es limitada en algunas situaciones; vea el Capítulo 5 para detalles.) (hasta *[insert number of days]*-días de suministro) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de Costo Compartido**  (*[insert description, e.g., “generic drugs”]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de Coso Compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de Costo Compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de Costo Compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

#### Sección 5.3 Si su médico le receta menos del suministro de un mes completo, es possible que no tenga que pagar el costo de suministro de todo el mes

Típicamente, el monto que usted paga por un medicamento de receta cubre el suministro de un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar menos de un mes de suministro de su medicamento. Puede haber tiempos en los cuales le quiera pedir a su médico que le recete menos de un mes completo de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando usted esté tratando un medicamento por primera vez que sabe que tiene efectos secundarios). Si su médico le receta menos que el suministro completo del mes,, usted no tendrá que pagar por el mes completo de suministro de ciertos medicamentos.

La cantidad que usted paga cuando recibe menos del suministro de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad fija en dólares).

* Si usted es responsable del coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de si la receta es para un suministro de un mes o menos días. Sin embargo, debido a que todo el costo del medicamento será menor si se obtiene menos del suministro de un mes completo, la cantidad que paga será menor.
* Si usted es responsable de un copago por el medicamento, el copago se basa en el número de días del medicamento que usted recibe. Vamos a calcular la cantidad que usted paga por cada día de su medicamento (la “tasa de participación en los gastos de cada día”) y se multiplica por el número de días del medicamento que reciba.
* *[If the plan’s one month’s supply is not 30 days, edit the number of days in and the copay for a full month’s supply. For example, if the plan’s one-month supply is 28 days, revise the information in the next two bullets to reflect a 28-day supply of drugs and a $28 copay.]* Aquí hay un ejemplo: digamos que el copago de su medicamento por un mes completo (un suministro de 30 días) es $30. Esto significa que la cantidad que usted paga por día para su medicamento es $1. Si usted recibe un suministro de de medicamento de 7 días, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de $7.

El costo compartido diario le permite asaegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de que usted tenga que pagar por el suministro de un mes. Usted también puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, una cantidad menor al suministro de un mes completo de un medicamento o medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor la fecha en que debe volver a surtir distintos medicamentos, de manera de que haga menos viajes a la farmacia. La cantidad que usted paga depende de los días de suministro que reciba

#### Sección 5.4 Una table que muestra sus costos para un suministro a largo plazo ([*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days]*-día) de un medicamento

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es [*insert if applicable:* up to] hasta *[insert number of days]*-días de suministro. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.)

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo ([*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days]*- días) de un medicamento.

* *[Plans without copayments, omit]* Tenga en cuenta: Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio más bajo por el medicamento. Usted paga ya sea el precio total del medicamento o la cantidad del copago, el que sea menor.
* [*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, the chart must include both standard and preferred cost-sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost-sharing, sponsors may at their option modify the chart to indicate the different rates. If any columns do not apply to the plan (e.g., preferred cost-sharing or mail order), remove them from the table. The plan may also add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell*: Orden de correo no está disponible para medicamentos en *[insert tier].”*][*Plans must include all of their tiers in the table. If plans do not offer extended-day supplies for certain tiers, the plan should use the following text in the cost-sharing cell:* “Un suministro de largo plazo no está disponible para los medicamentos en [*insert tier*].”]

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado de la Parte D cubierto:

| **Nivel** | **Costo compartido estándar de farmacia al por menor (en la red)** ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]*-días de suministro) | **Costo compartido preferido de farmacia al por menor (en la red)**  ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]*-días de suministro) | **Costo compartido de pedido por correo** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de Costo Compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de Costo Compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de Costo Compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de Costo Compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

#### Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que su [*insert as applicable:* costo total de medicamentos por el año alcance $*[insert initial coverage limit]* *OR* costos directos de su bolsillo por el año alcancen $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*]

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **$*[insert initial coverage limit]* límite de la Etapa de cobertura inicial.**

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

* **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la sección 6.2 para más información sobre cómo Medicare calcula los costos de su bolsillo). Esto incluye:
  + *[Plans without a deductible, omit]* El $*[insert deductible amount]* usted pagó cuando estuvo en la Etapa de Cobertura Inicial.
  + El total que usted pagó como parte de su costo compartido por medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
* **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted se inscribió en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante el año 2017, la cantidad que el plan pagó 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:* Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de gastos de su bolsillo alcanzan $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*. Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como costos directos de su bolsillo. (Vea la Sección 5.5 para obtener información sobre cómo Medicare calcula los costos directos de su bolsillo). Cuando se llegue al límite de fuera de su propio bolsillo $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*, de salir de la cobertura inicial y pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica.]

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para su [*insert if plan has a coverage gap:* Límite de cobertura inicial o] total de costos directos de su bolsillo. [*Insert only if plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs:* También proporcionamos algunos medicamentos de venta libre exclusivamente para su uso. Estos over-the-counter medicamentos se proporcionan sin costo alguno para usted.] Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte su formulario.]

La Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto usted y el plan, así como a terceros, ha gastado en su nombre por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit]* *OR* $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*]límite del año.

Nosotros le haremos saber si alcanza ésta [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit]* *OR* $ *[insert 2017 out-of-pocket threshold]*] cantidad. Si alcanza esta cantidad, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la [*insert as applicable:* Etapa de Brecha de Cobertura *OR* Etapa de Cobertura Catastrófica].

#### Sección 5.6 ¿Cómo calcula Medicare los costos de su bolsillo por los medicamentos recetados?

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

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como costos directos de su bolsillo. Cuando usted alcanza un límite de costos directos de su bolsillo $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*, abandona la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Aquí están las reglas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de sus costos directos de su bolsillo por sus medicamentos.:

**Estos pagos están incluidos en los costos directos de su bolsillo**

Cuando usted suma los costos de su bolsillo, usted puede incluir los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos Parte D y usted siguió las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

* La cantidad que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago:
  + *[Plans without a deductible, omit]* La etapa de Deducible.
  + La Etapa de cobertura inicial.
* Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

* Si **usted mismo** realiza los pagos, estos se inlcuyen en sus costos de su propio bolsillo.
* También se incluyen estos pagos si los realizan a su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, por los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, [*plans without a SPAP in their state delete next item*] por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare, o por el Servicio de Salud Indígena. Los pagos hechos por el Programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
* Algunos de los pagos hechos por el Programa de descuentos del período sin cobertura de Medicare. La cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluido. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Pasando a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) haya gastado un total de $*[***insert 2017 out-of-pocket threshold***]* en costos directos de su bolsillo en un año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

**Estos pagos no están incluidos en los costos directos de su bolsillo**

* Cuando usted suma sus costos de su propio bolsillo, no se le permite incluir ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:
* [*Plans with no premium, omit]* La cantidad que usted paga por su prima mensual.
* Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
* Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o Parte B.
* Los pagos que realiza para medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.]
* [*Insert if applicable:* Los pagos que realiza para medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.]
* Los pagos realizados por el plan para la marca o medicamentos genéricos durante el período sin cobertura.
* Los pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupal incluyendo planes de salud del empleador.
* Los pagos por sus medicamentos que realizan algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.

• Los pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

*Recordatorio:*Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus costos directos de su bolsillo por medicamentos, usted tiene la obligación de notificar a nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los numeroos de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

*¿Cómo puede llevar un registro del total de su bolsillo?*

* **Le ayudaremos**. El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos fuera de su bolsillo (Sección 3 de este capítulo le explica sobre este informe). Cuando alcanza un total de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* en costos fuera de su bolsillo durante el año, este informe le indicara que usted salió de la Brecha de Cobertura y paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Asegúrese de que tengamos la información necesaria**. La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a asegurarnos de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

### SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Período Sin Cobertura [*insert as appropriate:* usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 51% de los costos de los medicamentos genericos *OR* el plan proporciona cierta cobertura de medicamentos.]

#### Sección 6.1 Usted permanece en el Período sin Cobertura hasta que los costos directos de su bolsillo lleguen a $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*

[*Plans with no coverage gap replace Section 6 title with:* No existe una brecha en la cobertura de *[insert 2017 plan name].*]

[*Plans with no coverage gap replace Section 6.1 title with:* Usted no tiene un período sin cobertura para sus medicamentos de la Parte D.]

[*Plans with no coverage gap replace text below with*: No existe una brecha en la cobertura de *[insert 2017 plan name]*. Una vez que usted sale de la Etapa de cobertura inicial, usted pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Catastrófica.]

*[Plans with some coverage in the gap, revise the text below as needed to describe the plan’s coverage.]*

Cuando usted está en la Etapa de brecha de cobertura, el Programa de descuentos del período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga 40% del precio negociado y una parte de la tarifa de suministro para los medicamentos de marca. La cantidad que usted paga y el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos directos de su bolsillo como si hubiera pagado esa cantidad y lo ayuda a pasar el período sin cobertura.

Además, recibe cobertura de medicamentos genéricos. Usted no paga más del 51% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (49%) no cuenta para los costos directos de su bolsillo. Sólo el monto que usted paga cuenta y se mueve a través de la brecha en la cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 51% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen la cantidad máxima establecida por Medicare. En 2017, esa cantidad es $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como costos directos de su bolsillo. Cuando usted alcanza un límite de fuera de su propio bolsillo $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]*, que deja el Período sin Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

#### Sección 6.2 ¿Cómo calcula Medicare los costos de su bolsillo por los medicamentos recetados?

*[Plans with a coverage gap: insert Section 6.2.]*

Aquí están las reglas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de sus costos directos de su bolsillo por sus medicamentos..

**Estos pagos están incluidos en los costos directos de su bolsillo**

Cuando usted suma los costos de su bolsillo, **puede incluir** los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos Parte D y usted siguió las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

* La cantidad que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago:
* *[Plans without a deductible, omit]* La Etapa de Deducible.
  + La Etapa de cobertura inicial.
  + La Etapa de Brecha de Cobertura.

• Cualquier pago que realizó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

**Es importante quién paga:**

* Si usted mismo realiza los pagos, estos se incluyen en sus costos de su propio bolsillo.
* También se incluyen estos pagos si los realizan a su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, por los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, *[plans without a SPAP in their state delete next item]* por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare, o por el Servicio de Salud Indígena. Los pagos hechos por el Programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.

• Algunos de los pagos hechos por el Programa de descuentos del período sin cobertura de Medicare. La cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluido. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

**Pasando a la Etapa de Cobertura Catastrófica:**

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) haya gastado un total de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* en costos directos de su bolsillo en un año calendario, pasará de la [*insert as applicable:* Etapa de Cobertura Inicial OR Etapa de Brecha de Cobertura] hasta la Etapa de Cobertura Catastrófica.

**Estos pagos no están incluidos en los costos directos de su bolsillo**

* Cuando usted suma sus costos de su propio bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:
* *[Plans with no premium, omit]* La cantidad que usted paga por su prima mensual.
* Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territories.
* Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
* Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Ajenos a la Parte D, incluidas las medicinas recetadas cubiertas por la Parte A o Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare.]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o Parte B.
* Los pagos que realiza para medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.]
* [*Insert if applicable:* Los pagos que realiza para medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.]
* Los pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos durante la brecha de cobertura.
* Los pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupal incluyendo planes de salud del empleador.
* Los pagos por sus medicamentos que realizan algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.

• Los pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus costos directos de su bolsillo por medicamentos, usted tiene la obligación de notificar a nuestro plan. Llame a Servicios Para Miembros para informarnos (numerous telefónicos estan impresos en la contraportada de este folleto).

*¿Cómo puede llevar un registro del total de su bolsillo?*

* Nosotros le ayudaremos. La Explicación de Beneficios de la Parte D (Parte D EOB) que le enviamos incluye el monto actual de sus-gastos de bolsillo (la Sección 3 en este capítulo describe este informe). Al llegar a un total de $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* en costos directos de su bolsillo durante el año, este informe le indicará que usted ha dejado la [*insert as applicable:* Etapa de Cobertura Inicial *OR* Etapa de Brecha de Cobertura] Y han pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para ayudar a asegurarse de que nuestro registro de lo que ha gastado estén completes y actualizados.

### SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

#### Sección 7.1 Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los costos directos de su bolsillo han alcanzado el $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* limitado para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año 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 un coseguro o un copago, la cantidad que sea mayor:
* – *either* – coseguro de 5% del costo del medicamento
* –*or* – $*[Insert 2017 catastrophic cost-sharing amount for generics/preferred multisource drugs*] por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $*[Insert 2017 catastrophic cost-sharing amount for all other drugs*] para otros medicamentos.
* **Nuestro plan** paga el resto del costo.

*Option 2:*

*[Insert appropriate tiered cost-sharing amounts]*.Nosotros pagaremos 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 adicional de beneficios

#### Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

[*Optional: Insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the sections above.]*

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

#### Sección 9.1 Nuestro plan puede tener cobertura aparte para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de administrarle la vacuna

Nuestro plan proporciona cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Usted puede encontrar información sobre la cobertura de estas vacunas en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

* La primera parte de la cobertura es el **costo de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
* La segunda parte de la cobertura es el costo de darle la vacuna. (Esto a veces se llama “administración” de la vacuna.)

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

**1. El tipo de vacuna** (lo que está siendo vacunado).

* + Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede encontrar información sobre la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*
  + Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario) del plan.*

**2. Dónde recibe el medicamento de la vacuna.**

**3. Quién le aplica la vacuna.**

Lo que paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

* A veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar el costo total del medicamento de la vacuna y la aplicación de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo.
* Otras veces, cuando recibe la medicación de la vacuna o la vacuna, usted pagará sólo su parte del costo..

Para mostrar cómo funciona esto, aquí hay tres formas comunes de recibir una vacuna de la Parte D. [*Insert if applicable:* Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la [*insert as applicable:* Etapa Deducible OR Etapa de Brecha de Cobertura *OR* Deducible y Etapa de Brecha de Cobertura] de su beneficio.]

*Situación 1:* Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le aplican la vacuna en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

* Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
* Nuestro plan pagarea el resto de los costos.

*Situación 2:* Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

* Cuando usted reciba la vacuna, usted pagará el costo complete de la vacuna y su administración.
* Luego, puede solicitar a nuestro plan que que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en elCapítulo 7 de este folleto. (Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una facture que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.)
* Se le reembolsará el monto que pagó menos su normalidad [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna (incluyendo la administración) [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esa diferencia.)]

*Situación 3:* Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego lleva al consultorio de su médico donde le administran la vacuna.

* Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su [*insert as appropriate:* coinsurance *OR* copayment] por la vacuna.
* Cuándo se médico le administre la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague su parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
* 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 cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Su usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos essa diferencia.)]

[*Insert any additional information about your coverage of vaccines and vaccine administration.*]

#### Sección 9.2 Es possible que desee llamarnos a Servicios Para Miembros antes de recibir una vacuna

* Las reglas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que primero nos llame a Servicios para Miembros cuando planifique recibir una vacuna. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
* Le podemos informar sobre cómo su vacuna está cubierta por nuestro plan y explicarle su parte del costo
* Podemos indicarle cómo mantener sus costos bajos utilizando proveedores y farmacias de nuestra red.
* Si no puede utilizer un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle lo que necesita hacer para obtener nuestro pago por nuestra parte del costo.

### SECCIÓN 10 ¿Tiene que pagar “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

#### Sección 10.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

**Nota:** Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se suma a que la prima de la Parte D. Es posible que debe una multa por inscripción tardía si en cualquier momento después de su período de inscripción inicial es más, hay un período de 63 días o más en una fila cuando usted no tiene la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados. “La cobertura acreditable de medicamentos recetados” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.) El importe de la multa dependerá de cuánto tiempo esperó para inscribirse en un plan de cobertura de medicamentos recetados en cualquier momento después del final de su período de inscripción inicial o cuántos meses calandario completo estuvo sin cobertura de medicamentos recetados. Usted tendrá que pagar esta penalidad por todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía se suma a su prima mensual *[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the next sentence.]* (Los miembros que eligen pagar su prima cada tres meses se les agregará la multa a su prima de tres meses.) Cuando se inscribe por primera vez en *[insert 2017 plan name],* nosotros le informamos el monto de la multa.

La multa por inscripción tardía se considera parte de la prima de su plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si usted no paga su multa por inscripción tardía, usted podría perder sus beneficios de medicamentos recetados si fracasa en pagar la prima de su plan.]

[*Plans with no plan premium, replace the previous two paragraphs with the following language:* Cuando se inscribe por primera vez en *[insert 2017 plan name],* nosotros le inromamos el monto de la multa. La multa por inscripción tardía se considera la prima del plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si usted no paga su multa por inscripción tardía, usted podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.]]

#### Sección 10.2 ¿Cuánto es la multa opr inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. He aquí cómo funciona:

* Primero cuente el número de meses completes que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser eligible para inscribirse. O cuente el número de meses completos en los que no tuvo una cobertura válida de medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es de 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa derá del 14%.
* Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. [*Insert EITHER:* Para 2017, este monto promedio de la prima es de $*[insert 2017 national base beneficiary premium] OR* Para 2016, este monto promedio de la prima fue $*[insert 2016 national base beneficiary premium]*. Esta cantidad puede cambiar para el 2017.]
* Para calcular su multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redonda a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por $*[insert base beneficiary premium]*, lo que equivale a $*[insert amount]*. This rounds to $*[insert amount]*. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía.**

Hay tres cosas importantes a tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía mensual:

* Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determinado por Medicare) aumetna, su penalidad aumentará.
* Segundo, **usted continuará pagando una multa,** cada mes durante el tiempo que está inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
* Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de 65 años, la multa por inscripción tardía se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su period de inscripción inicial para envejeciemiento en Medicare.

#### Sección 10.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa

Incluso si realiza una inscripción tardía en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue eligible por primera, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía.

**Usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:**

* Si usted ya tiene cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Medicare le llama a esta cobertura “**acreditable de medicamentos.”** Tenga en cuenta:
  + La cobertura válida podría incluir la cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su segurador o su departamento de recursos humanos le inromarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede ser enviada a usted en una carta o incluida en un boletín del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
    - Tenga en cuenta: Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando finalize su cobertura de salud, es possible que no signifique que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura de medicamentos rcetados “acreditable” que esperaba pagar tanto como el plan de medicamentos recetados estandár de Medicare.
  + Las siguientes no son una cobertura válida de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y páginas web de descuento para medicamentos.
  + Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, por favor consulte su 2017 manual *Medicare y Usted* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usarios de TTY llame al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos numerous en forma gratuita, las 24 horas del día, 7 días a la semana.
* Si estuvo sin cobertura válida, pero continuó sin ella durante menos de 63 días seguidos.
* Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

#### Sección 10.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía?

Si usted está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía, usted o su representante puede solicitar una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. En general, usted debe solicitar esta revisión dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta que recibe en la que usted tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Llame a Servicios Para Miembros para obtener más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía mientras espera la revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, podría ser desafiliado por falta de pago de las primas del plan.]

### SECCIÓN 11 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

#### Sección 11.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

La mayoría de las personas pagan una prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son $*[insert amount]* o más para una (o personas casadas que declaran por separado) individuales o $*[insert amount]* o más para parejas casadas, debe pagar un monto adicional directamente al gobierno para su cobertura de la Parte D deMedicare.

Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional será retenida de su Seguro Social, Junta de Retiro Ferroviario, o la Oficina de Administración de Personal, no importa lo que se suele pagar la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar la cantidad extra al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan**.

#### Sección 11.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI), como aparece en su declaración de impuestos del IRS esmayor a cierta cantidad, usted pagará una cantidad adicional además de su prima mensual del plan.

La Tabla a continuación muestra el monto adicional basado en sus ingresos.

| **Si presentó una declaración de impuestos individual y su ingreso en** *[insert year]* **fue:** | **Si estaba casado pero presentó una declaración de impuestos por separados y sus ingresos en** *[insert year]* **fueron:** | **Si presentó una declaración de impuestos conjunta y su ingreso en** *[insert year]* **fue:** | **Este es el costo mensual del monto adicional de la Parte D (a pagar además de la prima de su plan)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Igual o menos de $*[insert amount]* | Igual o menos de $*[insert amount]* | Igual o menos de $*[insert amount]* | $0 |
| Más que $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* |  | Más que $*[insert amount]* y menos de o iual $*[insert amount]* | *[Insert amount]* |
| Más que $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* |  | Más que $*[insert amount]* y menos de o igual $*[insert amount]* | *[Insert amount]* |
| Más que $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* | Más que $*[insert amount]* y menos de o igual a $*[insert amount]* | Más que $*[insert amount]* y menos de o igual $*[insert amount]* | *[Insert amount]* |
| Más que $*[insert amount]* | Más que $*[insert amount]* | Más que $*[insert amount]* | *[Insert amount]* |

#### Sección 11.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a sus ingresos, puede pedir a la Seguro Social que revise la decision. Para saber más cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (Usarios de TTY 1-800-325-0778).

#### Sección 11.4 ¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no su plan de Medicare) para su cobertura de la Parte D de Medicare. Si usted está obligado a pagar la cantidad extra y usted no paga, usted será dado de baja del plan y pierde la cobertura de medicamentos recetados.

CAPÍTULO 7

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 166

Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos de nuestro plan, o si reciba una facture, puede solicitarnos el pago 166

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido 168

Sección 2.1 ¿Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago? 169

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos “sí” o “no” 170

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto le debemos 170

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte del cuidado médico o el medicamento, puede presentar una apelación 170

SECCIÓN 4 Otras situaciones enlas que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 171

Sección 4.1 En algunos casos, usted debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los medicamentos de costos fuera de su bolsillo 171

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

#### Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos de nuestro plan, o si reciba una facture, puede solicitarnos el pago

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total de inmediato. Otras veces, puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba bajo las reglas de cobertura del plan. En cualquier caso, usted puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el pago (esta devolución suele llama “reembolso”). Es su derecho a ser reembolsado por nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

También puede haber ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, debe enviarnos la factura en lugar de pagarla. Miraremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Estos son ejemplos de situaciones en las que posiblemente necesite solicitarle a nuestro plan que le reembolse o que pague una facture que ha recibido:

1. Cuando ha recibido cuidado médico de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Cuando usted recibió cuidado de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted es solo responsible de pagar su paret del costo, no el costo total. (Su parte del costo puede ser mayor para un proveedor fuera de la red.) Usted debe pedirle al proveedor que facture al plan por nuestra parte del costo.

* Si usted paga el monto total al momento de recibir el cuidado, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
* En ocasiones, puede recibir una factura del proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
  + Si al proveedor de le debe algo, le pagaremos directamente al proveedor.
  + Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto le debemos y le reembolsaremos nuestra oarte del costo.

• Tenga en cuenta: Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. A excepción de la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que recibe.

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

Proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y solicitarle a usted solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores, y le piden que pague más de su parte.

* Usted sólo tiene que pagar el monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, llamado “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información acerca de “facturación de saldos”, consulte el Capítulo 4, *[edit section number as needed]* Sección 1.6.
* Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted cree que supera lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
* Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero siente que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y la cantidad que debía bajo el plan.

3. Si usted está inscrito retroactivamente en nuestro plan.

A veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroavtico significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede haber sucedido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquier de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le paguemos nuestra parte de los costos. Usted tendrá que presentar documentación para que manejemos el reembolso.

* Por favor, llame a Servicios Para Miembros para obtener información adicional acerca de cómo solicitarnos el reembolso y las fechas límites para presenter la solicitud. (Los numerous de teléfonoa de Servicios Para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usted va a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para surtir una receta, la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su receta. (Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red sólo en algunas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.)

* Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene su tarjeta de miembro del plan

Si usted no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, usted 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 de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta usted mismo.

* Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando usted paga el costo total de una receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total de la receta porque describe que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

* Por ejemplo, el medicamento puede no estar en *La Lista de Medicamentos* cubiertos (formulario) del plan; podría tener un requisite o restricción que usted no conocía o no creía que se aplicara a usted. Si usted decide obtener el medicamento inmediatamente, es possible que tenga que pagar el costo total del mismo.
* Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es possible que necesitemos obtener más información de su médico para poder reembolsarle 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 significa que si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Capítulo 9 de éste folleto (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (desiciones de cobertura, apelaciones, quejas)) tiene infromación sobre cómo presenter una apelación.

### SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le reembolsemos o 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 cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea haber una copia de su factura y recibos para sus registros.

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decision, puede llenar nuestro formulario de reclamación para realizer su solicitud de pago.

* Usted no tiene que utilizer el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
* Descargue una copia del formulario de nuestro página web *([insert URL])* o llame a Servicios Para Miembros y solicite el formulario. (Los numerous de teléfono de Servicios Para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).]

*[Plans with different addresses for Part C and Part D claims may modify this paragraph as needed and include the additional address.]* Envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a la siguiente 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 el pago. Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary]* Dónde enviarnos una solicitud que nos pide que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico que ha recibido.]

[*Insert if applicable:* **Usted debe presentar su reclamo dentro de *[insert timeframe]*** la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.]

Póngase en contacto con Servicio para Miembros si tiene alguna pregunta (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). Si usted no sabe lo que debería haber pagado o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. También puede LLAME si desea darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

### SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos “sí” o “no”

#### Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto le debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le dejaremos saber si necesitamos cualquier información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

* Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubierto y usted siguió todas las reglas para obtener el cuidadoo el medicamento, le pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si usted no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D).
* Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos o que usted no siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta que explica las razones por las cuales no le enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decision.

#### Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte del cuidado médico o el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, usted puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decision que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).* El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, le resultará útil comenzar leyendo la Sección 4 del Capítulo 9. Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 4, puede ir a la sección del Capítulo 9 que le indicará qué hacer en su situación:

* Si desea realizar una apelación acerca del reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 9.
* Si desea presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

### SECCIÓN 4 Otras situaciones enlas que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

#### Sección 4.1 En algunos casos, usted debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los medicamentos de costos fuera de su bolsillo

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, usted no nos está solicitando un pago. En su lugar, nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular los costos de su bolsillo correctamente. Esto puede ayudarle a calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica con mayor rapidez.

Aquí hay dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realize por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio que es menor a nuestro precio.

*[Plans with neither a coverage gap nor a deductible should delete this section.]*

A veces, cuando usted está en el [*insert if applicable:* Etapa de Deducible *OR* Etapa de Brecha de Cobertura *OR* Etapa de Deducible y Etapa de Brecha de Cobertura] usted puede comprar su medicamento en una farmacia de la red a un precio que es menor a nuestro precio.

* Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de nuestro beneficio que ofrece un precio más bajo.
* A menos que apliquen condiciones especiales, usted debe usar una farmacia de le red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Liste de Medicamentos.
* Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus costos directos de su bolsillo cuenten para que califíquen para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Por favor tenga en cuenta:** Si usted está en la [*insert if applicable:* Etapa de Deducible *OR* Etapa de Flata de Cobertura *OR* ETapa de Deducible y Etapa de Brecha de Cobertura], nosotros [*insert as applicable:* no pagaremos *OR* puede que no paguemos] ninguna parte de estos costos de medicamentos. Pero el envio de una copia del recibo nos permite calcular los costos de su bolsillo correctamente y puede ayudarle a calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica can mayor rapidez.

2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un ofrecido por un fabricante de medicamentos.

Algunos miembros están inscritos en un programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted obtiene algún medicamento a través de un programa que ofrece un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

* Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus costos directos de su bolsillo cuenten hacia su cualificación para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Tenga en cuenta:** como obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de estos costos de medicamentos. Pero el envío de una copia del recibo nos permite calcular los costos de su bolsillo correctamente y puede ayudarle a calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica con mayor rapidez.

Puesto que no está solicitando un pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

## Capítulo 8. Sus derechos and responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 175

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 brindarle información de una manera que funcione para usted (en otros idiomas aparte del Inglés, en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc) 175

Sección 1.2 Debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento 175

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 176

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud 176

Sección 1.5 Debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 177

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado 179

Sección 1.7 Usted tiene el derecho a presenter quejas y solicitarnos que reconsideremos 181

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no están respetando sus derechos? 181

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos 182

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 182

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 182

*[****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 brindarle información de una manera que funcione para usted (en otros idiomas aparte del Inglés, en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc)

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold.]*

Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, por favor llame a Servicios Para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleteo).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para responder las preguntas de los 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 letra grande o en otros formatos alternativos, si lo necesita. Si usted es elegible para Medicare debido a una discapacidad, tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y adecuada para usted. Para obtener información de nosotros de una forma que sea adecuada para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener la información de nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y dígales que desea presenter una queja. Usarios de TTY llamen a 1-877-486-2048.

#### Sección 1.2 Debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos basado** en la raza de una persona, etnia, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, por favor llame al **Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Dereechos Civiles** 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) oa la Oficina de Derechos Civiles.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para accede a la atención, por favor llámenos a Servicios Para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema con el accesso en silla de ruedas, Servicios Para Miembros puede ayudarlo.

#### Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

[*If your plan does not require any referrals or prior authorization within the preferred network, delete the next three sentences and instead state:* You have the right to choose a provider for your care.] Usted tiene el derecho a elegir un proveedor de la red del plan. Llame a Servicios para Miembros para saber qué médicos están aceptando pacientes nuevos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Usted también tiene el derecho de consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin un referido y todavía pagar la cantidad de costo compartido dentro de la red..

Como miembro del plan, usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de sus proveedores dentro de un plazo razonable de tiempo. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando usted necesita esa atención. Usted también tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

*[Regional PPOs: Explain how members will obtain care at in-plan rates in any areas of its region where the plan has a limited contracted provider network.]*

Si usted piensa que no está recibiendo su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, el Capítulo 9, Sección 10 de este folleto le indica lo que puede hacer. (Si le negamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Seción 4 le dice lo que puede hacer.)

#### Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

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

* Su “información de salud personal” inlcuye la información personal que usted nos dió cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
* Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con obtener información y controlar cómo se utiliza su información de salud. Le proporcionamos un aviso por escrito, llamado “Aviso sobre Prácticas de Privacidad”, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

* Nos asegurmaos de que personas no autorizadas no vean o cambien sus expedients.
* En la mayoría de las situaciones, si le damos su información de salud a cualquier persona que no le brinda atención ni paga por ella, tenemos la obligación de obtener su permiso de usted por escrito. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien que tenga poder legal para tomar decisiones por usted.
* Existen ciertas excepciones que no nos exigen obtener su permiso escrito primero. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
  + Por ejemplo, estamos obligados a divulger información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  + Como usted es mimebro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige que brindemos a Medicare su información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales.

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

Usted tiene el derecho de ver sus registros médicos que tiene el plan ya obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Usted también tiene el derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene el derecho a saber cómo su información de salud ha sido compartida con otros para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si usted tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios Para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

*[****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 2017 plan name]*, usted tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nosotros. (Como se explica anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted. Esto incluye obtener información en idiomas distintos del Inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea calquiera de los siguientes tipos de información, por facor llame a Servicios Para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto):

* **Información sobre nuestro plan:** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
* **Información sobre nuestra red de proveedores, incluyendo las farmacias de la red.**
  + Por ejemplo, usted tiene el derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo 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 obtener una lista de proveedores de la red del plan, consulte el *[insert name of provider directory]*.
  + Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *[insert name of pharmacy directory]*.
  + Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro página web en *[insert URL]*
* **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.**
  + En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a sus servicios de cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  + Para obtener los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6 de este folleto además de la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario). Estos capítulos, junto con la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario), le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.
  + Si tiene pregunatas sobre las reglas o restricciones, llame a Servicios Para Miembros (los números teléfonicos están impresos en la contraportada de este folleto).
* **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  + Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  + Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, usted tiene el derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Usted puede pedirnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted piensa que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le da los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también indica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes.)
  + Si desea solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte de una facture que usted recibió por cuidado médico o un medicamento recetado a la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

#### Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado

Usted tiene el derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su cuidado médico.

Usted tiene el derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando va a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda comprender.

Usted también tiene el derecho de participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

* **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
* **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a ser informado sobre los riesgos involucrados en su atención. Se le debe informar con antelación si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
* **El derecho a decir “no”.** Usted tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Usted también tiene el derecho a dejar de tomar su medicación. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, asume toda la responsabilidad por lo que suceda a su cuerpo como resultado.
* **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de cuidado**. Usted tiene el derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, tendrá que solicitarnos una decisión de cobertura. Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

**Usted tiene el derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer si usted no es capaz de tomar decisiones médicas por sí mismo**

[***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 no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene el derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si usted quiere,* puede:

* Copletar un formulario por escrito para otorgarle **a alguien la autoridad legal para tomar deciciones médicas por usted** si alguna vez se vuelve incapaz de tomar desiciones por sí mismo.
* **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su cuidado médico en caso de quedar imposibilitado para tomar decisones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **“directivas anticipadas”.** Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados “**testamento en vida”** y “**poder legal para atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizer una “directive anticipada” para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

* **Obtenga el formulario**. Si usted quiere tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de alguna tienda de suministros de oficina. A veces puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare.. [*Insert if applicable:* También puede comunicarse con Servicios Para Miembros para pedir los formularios (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).]
* **Llene un formilario y firmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal.
* **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico ya la persona que nombre en el formulario como la que tomará las desiciones por usted si usted no puede. Si lo desea, puede enrtegar copias a sus amigos cercanos o mimebros de la familia también. Asegúrese de guarder una copia en casa.

Si usted sabe de antemano que va a ser hopitalizado y ha firmado una directiva anticipada**, lleve una copia con usted al hospital.**

* Si usted es admitido en el hospital, le pregunatrán si ha frimado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
* Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención médica o discriminarlo en función de si está o no han firmado una directiva anticipada.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se sigeun?

Si ha firmado una directive anticipada y cree que un médico u hospital no siguieron las instrucciones en él, usted puede presenter una queja sobre *[insert appropriate state-specific agency (such as the State Department of Health)]*. *[Plans also have the option to include a separate exhibit to list the state-specific agency in all states, or in all states in which the plan is filed, and then should revise the previous sentence to make reference to that exhibit.]*

#### Sección 1.7 Usted tiene el derecho a presenter quejas y solicitarnos que reconsideremos

Si usted tiene algún problema o duda sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer. Allí se ofrecen detalles sobre cómo manejar todo tipo de problemas y quejas. Lo que necesita hacer para darle seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Puede que tenga que pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Haga lo que haga - solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja - **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Usted tiene el derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros meiembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, por favor llame a Servicios Para Miembros (los números telefínicos están impresos en la contraportada de este folleto).

#### Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no están respetando sus derechos?

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

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos Oficina de Servicios para los Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su oficina local de Derechos Civiles.

¿Se trata de algo más?

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tartar el problema que tiene:

* Puede llamar a Servicios Para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
* Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Sefuros de Saluid**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, vaya al 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. Usarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

* Puede llamar a **Servicios Para Miembros** (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
* Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Sefuros de Saluid**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
* Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
  + “Sus Derechos y Protecciones de Medicare” o Puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar la publicación (La publicación está disponible en:. <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>)
  + O puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usarios de TTY deben llamar a 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

#### Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Las cosas que necesita hacer como miembro del plan se enumeran a continuación. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarle.

* **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos**. Utilice este manual de Evidencia de Cobertura para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  + En los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas a seguir y lo que usted paga.
  + Los Capítulos 5 y 6 dan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
* **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, usted está obligado a informarnos.** Por favor, llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
* Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted está utilizando toda su cobertura en combinación al obtener los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios”** porque implica coordinar los beneficios médicos y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Nosotros le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información acerca de la coordinación de beneficios, vaya al Capítulo 1, Sección 7.)
* **Dígale a su médico y otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan**. Muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
* **Ayude a sus médicos y otros preoveedores ue lo ayudan, dándoles información, hacienda preguntas y dando seguimiento de su atención.**
  + Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención, aprenda lo más que pueda sobre sus problemas de salud y darles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  + Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que esté tomando, incluyendo los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  + Si tiene alguna prgunta, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de cuidado médico deben explicarle lascosas de una manera que usted puede entender. Si usted hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, vuelva a pregunatr.
* **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitals y otras oficinas.
* **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsible de estos pagos:
  + [*Insert if applicable:* Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan].
  + A fin de ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare Por esa razón, algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para permanecer miembro del plan.
  + Para la mayoría de sus servcios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento. Esta sera un [*insert as appropriate:* copago (una cantidad fija) *OR* coseguro (un percentaje del costo total) *OR* copago (una cantidad fija) or coseguro (un percentaje del costo total)]. Capítulo 4 le informa lo que debe pagar por sus servicios médicos. Capítulo 6 le informa lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
  + Si recibe algún servicio médico o medicamento que no están cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Por favor, consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

* + [*Plans offering Part D, insert:* Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.]
  + Si usted está obligado a pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.
* **Díganos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame a Servicios Para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
  + **Si se muda fuera de nuestra area de servicio de 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 informa sobre nuestra área de servicio.) Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si usted está dejando nuestra área de servicio, usted tendrá un Período de inscripción especial cuando se puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
  + **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía al día y saber cómo comunicarnos con usted.
  + Si se muda, también es importante que informe a la Seguridad Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto de estas organizaciones en el capítulo 2.
* **Llame a Servicios Para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También agradecemos cualquier sugerencia que puede tener para mejorar nuestro plan**.**
  + Los números de teléfono y los horarios de atención de Servicios Para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
  + Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

ANTECEDENTES 189

SECCIÓN 1 Introducción 189

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 189

Sección 1.2 ¿Qué pasa con los terminos legales? 189

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 190

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 190

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar? 190

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 190

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA 191

SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las desiciones de cobertura y apelaciones 191

Sección 4.1 Solicitud de desiciones de cobertura y presenta apelaciones: el panorama general 191

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 192

Sección 4.3 ¿Qué sección de éste capítulo proporciona los detalles para su situación? 193

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 194

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado 194

Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea) 196

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 200

Sección 5.4 Paso a paso: ¿Cómo se hace una apelación de Nivel 2? 203

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por su cuidado médico? 205

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 206

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D 207

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 209

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones 211

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 212

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 215

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 218

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 221

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos 221

Sección 7.2 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su alta del hospital 223

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 226

Sección 7.4 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1? 227

SECCIÓN 8 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto 230

Sección 8.1 *Esta sección aplica únicamente a tres servicios:* cuidados médicos en el hogar, cuidados en centros de enfermería especializada, y servicios en Centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF, en inglés) 230

Sección 8.2 Le haremos saber con antelación cuándo su cobertura estará terminando 231

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra sus cuidados durante por más tiempo 232

Sección 8.4 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra sus cuidados por más tiempo 234

Sección 8.5 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1? 235

SECCIÓN 9 Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y más 238

Sección 9.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para Servicios Médicos 238

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos D 240

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 242

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio para miembros y otras preocupaciones 242

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas son manejados por el proceso de quejas? 242

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una querella” 244

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja 245

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de los cuidados directamente a la Organización de Mejoramiento de Calidad 246

Sección 10.5 También puede informar a Medicare acerca de su queja 246

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each “Legal Terms” box is kept on the same page as the box.]*

ANTECEDENTES

### SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica dos tipos de procesos para tartar problemas e inquietudes:

* Para algunos tipos de problemas, necesita utlizar el proceso para desiciones de cobertura y apelaciones
* Para otros tipos de problemas, necesita utlizar el proceso para presenter inquietudes.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar el trato equitativo e inmediato de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

¿Cuál debe utilizrr? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar.

#### Sección 1.2 ¿Qué pasa con los terminos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y procedimientos legales con palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. también utiliza abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil - ya veces muy importante - que usted conozca los términos legales correctos para la situación que se pueda encontrar. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión al atender su problema y obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos terminus legales cuando damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

### SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

#### Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

**Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente**

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones puede que también quiera ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios consejeros 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 al Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

* Puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
* Puede visitar la página web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

### SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

#### Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si usted tiene un problema o una inquietude, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o preocupación específicos, COMIENCE AQUÍ

**¿Es su problema o inquietud con sus beneficios o cobertura?**

(Esto incluye problemas sobre si determinados atención médica o medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos, y problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos recetados).

**Si.** Mi problema es acerca de beneficios o cobertura.

Ir a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

**No.** Mi problema no es acerca de beneficios o cobertura.

Salte a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presenter una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes”.**

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA

### SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las desiciones de cobertura y apelaciones

#### Sección 4.1 Solicitud de desiciones de cobertura y presenta apelaciones: el panorama general

El proceso de decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que utiliza para asuntos tales como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar desiciones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión (favorable) la decisión de cobertura para usted cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo refiere a un especialista médico. Usted, su médico también puede ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o se niega a brindar atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Estamos tomando una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare para usted. Si usted está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted presenta una apelación por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hayamos tomado para verificar si seguimos todas las reglas de manera adecuada. Se ocupan de su apelación diferentes revisores que los que tomaron la decisión adversa original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si decimos que no a todo o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por una organización independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo haremos saber. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2.) Si usted es no satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es possible que puedea continuar a través de los niveles adicionales de apelación.

#### Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Le gustaría recibir ayuda? Estos son recursos que tal vez quiera utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

* **Puede llamarnos** a Servicios Para Miembros (números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
* Para obtener **ayuda gratuita de una organización independiente que no esté relacionada con nuestro plan**, comuníquese con el Programa de Asistencia de Seguros de Salud (vea la Sección 2 de este capítulo).
* **Su médico puede hacer una solicitud por usted.**
  + Para la atención médica, el médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el nivel 1, será automáticamente remitido al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
  + Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro proveedor debe ser designado como su representante.
* **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designer a otra personal para que actúe por usted como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  + Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante bajo la ley estatal.
  + Si desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* or on our website at *[insert website or link to form]*].) El formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
* **También tiene derecho a contratar un abogado para que lo represente**. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar un abogado** para solicitar cualquier tipo de cobertura o apelar una decición.

#### Sección 4.3 ¿Qué sección de éste capítulo proporciona los detalles para su situación?

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proporcionamos los detalles para cada una en una sección separada:

* **Sección 5** de este capítulo: “Su cuidado médico: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
* **Sección 6** de este capítulo: “Sus mediacamentos recetados de la Parte D: cómo soliitar una decisión de cobertura o prsentar una apelación”“
* **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado promto”
* **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto” (Se aplica a estos servicios únicamente: servicios de salud a domicilio cuidado, atención en un centro de enfermería especializada y de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF))

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa de Asistencia de Seguros de Salud (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

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

Description: question markquestion mark. **¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (Una guía sobre “los aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y apelaciones)? Si no es así, es posible que desee leerla antes de comenzar esta sección.**

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

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que paga)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios” cada vez.

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera delas cinco situaciones siguientes:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle y usted considera que dicha atención está cubierta por el plan.

3. Usted ha recibido atención o servicios médicos que cree que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos por esta atención.

4. Usted ha recibido y pagado atención o servicios médicos que cree que debería estar cubierto por el plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse esta atención.

5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos con anterioridad, se reducirá o interrumpirá, y usted considera que la reducción o interrupción podría perjudicar su salud.

* NOTA: **Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF),** usted necesita leer una sección separada de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones: Capítulo 9, Sección 7: Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto:

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), usted necesita leer una sección separada de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:

* Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
* Capítulo 9, *Sección 8: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando antes de tiempo*. Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).
* Para *todas las demás* situaciones donde se le communiqué que el cuidado médico que he estado recibiendo sera suspendido, use esta sección 9Sección 5) como si guía para saber qué hacer.

¿Cuál de estas situaciones se encuentra?

| **Si usted está en esta situación** | **Esto es lo que puede hacer:** |
| --- | --- |
| ¿Quiere saber si cubriremos la atención médica o servicios que desea? | Usted nos puede pedir que tomemos una decisión de cobertura para usted.  Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5.2**. |
| ¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera que usted desea que sea cubierto o pagado? | Usted puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos).  Vaya directamente a la **Sección 5.3** de este capítulo. |
| Do you want to ask us to pay you back for medical care or services you have already received and paid for? | Nos puede mandar la factura.  Vaya directamente a la **Sección 5.5** de este capítulo. |

#### Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)

| **Términos Legales** |
| --- |
| Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina “determinación de la organización”. |

Paso 1: Usted pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre 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 denomina “determinación acelerada”. |

Cómo solicitar la cobertura para el cuidado médico que desea

* Comience por llame, escriba o envie un fax a nuestro plan para hacer su petición de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
* Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica.*

***En general, utilizamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión***

Cuando le demos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

* **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días** calendario más si usted solicita más tiempo, o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
* Si usted cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo 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 significa que responderemos dentro de las 72 horas.**
* **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días calendario más si encontramos** que alguna información que pueda beneficiarlo falta (como los registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisar. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito
* Si usted cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo 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 cumplir con dos requisitos:**
  + Puede obtener una decisión de cobertura rápida sólo si solicita la cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
  + Puede obtener una decisión de cobertura rápida sólo si el uso de plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
* **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
* Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
  + Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar).
  + Esta carta le dirá que si su médico solictia una decision de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decision de cobertura rápida.
  + La carta también le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazoz para una decision de cobertura “rápida”

* + Generalmente, para una decisión de cobertura rápida, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
  + Como se explicó anteriormente, podemos tomar hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
  + Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.
  + Si no le damos nuestra respuesta dentro de 72 horas (o si hay un período de tiempo extendido, al final de ese período), usted tiene el derecho de apelar. Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí a parte oa todo lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que hemos acordado brindar dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar una decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de ese período extendido.
* **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una detallada explicación por escrito de por qué dijimos no.

Plazos para una decisión de cobertura “estandar”

* Generalmente, para una decisión de cobertura estándar, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario de recibir su solicitud.**
  + Podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (“un período extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
  + Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
  + Si no le damos nuestra respuesta dentro de 14 días calendario (o si hay un período de tiempo extendido, al final de ese período), usted tiene el derecho de apelar. Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar una decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de ese período extendido.
* Si nuestra respuesta es no a parte oa todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

* Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos - y tal vez cambiemos - esta decisión presentando una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de cuidado médico que desea.
* Si usted decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 abajo).

#### Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar 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 sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina una **“reconsideración”.** |

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida .”

Que hacer

* Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante **deben comunicarse con nosotros**. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary] Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación sobre su cuidado médico.*
* **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito presentando una solicitud.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1 *[plans may edit section title as necessary]* (*How to contact us when you are making an appeal about your medical care*).]
  + Si usted tiene a alguien apelando nuestra decisión por usted que no sea su médico, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. Está también disponible en la página web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* or on our website at *[insert website or link to form]*].) Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que le explicará su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión.
* **Si está solicitando una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos 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*).
* **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha en la notificación escrita que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos para el vencimiento del plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  + Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información a usted.]
  + Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud llamandons)

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “apelación rápida” también se llama una **“reconsideración acelerada”.** |

* Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y / o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”
* Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida.” Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se detallaron anteriormente en esta sección.)
* • Si su médico nos informa 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 revisa su apelación, volvemos a analizar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si fuimos justos y seguimos todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
* Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o su médico para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

* Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en **un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  + Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario** más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
  + Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de los procesos llamamientos.
* **Si nuestra respuesta es sí a parte oa todo lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de 72 horas después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta es no a parte oa todo lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito informándole que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.

Fechas límites para una “apelación estándar”

* Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación, si su apelación es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión antes si su condición de salud así lo requiere.
  + Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, podemos tomar hasta 14 más días calendario. Si debemos tardar días adicionales para tomar una decisión, se lo haremos saber por escrito.
  + Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
  + Si no le damos una respuesta dentro del plazo indicado anteriormente (o al final del período de tiempo extendido si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de los procesos de llamamientos.
* **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de 30 días calendario después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos un aviso de denegación por escrito informándole que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan responde que no a todo o parte de su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel de los procesos de apelaciones.

* Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”.** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

#### Sección 5.4 Paso a paso: ¿Cómo se hace una apelación de Nivel 2?

Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión de rechazar su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal para **la “Organización de Revisión Independiente**” es la “**Entidad de Revisión Independiente”.** A veces se llama la **“IRE”.** |

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

* **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare**. Esta organización no tiene conexión con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Supervisa Medicare su trabajo.
* Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia** **de su expediente del caso**. [*If a fee is charged, insert:* Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información a usted.]
* Usted tiene derecho a proporcionar a la información adicional Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
* Los revisores de la Organización Revisora ​​Independiente volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted tuvo una apelación “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2

* Si tuvo una apelación rápida a 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 de haber recibido su apelación.
* Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomar hasta 14 días calendario más.

Si usted tuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2

* Si usted tuvo una apelación estándar a 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 los 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
* • Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomarse **hasta 14 días calendario más.**

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y explicará las razones por eso.

* **Si la organización de revisión dice que sí a parte o todo lo que solicitó**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas organización de revisión para solicitudes estándar, o en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización revisora para solicitudes aceleradas.
* **Si esta organización dice que no a todo o parte de su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se le llama “rechazar su apelación).
  + Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Existe una cierta cantidad en dólares que debe estar en discusión para continuar con el proceso de apelaciones. Por ejemplo, para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir con cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es final. El aviso escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le dirá cómo averiguar la cantidad de dólares para continuar el processo de las apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

* Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
* Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo están en la notificación escrita que recibió después de apelación de Nivel 2.
* La Apelación de Nivel 3 es evaluada por un juez de derecho administrativo. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los procesos de apelaciónes de Niveles 3, 4 y 5.

#### Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por su cuidado médico?

Si desea solicitarnos el pago por atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos. Capítulo 7 describe las situaciones en las que posiblemente necesite solicitar un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos pide por pago.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nosotros

Si usted nos envía los documentos que solicitan el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4*: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*). También verificaremos si usted siguió todas las reglas para utilizar su cobertura de atención médica (estas reglas se dan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para su servicio médico*).

Vamos a decir que sí o que no a su solicitud

* Si la atención médica que pagó *está* cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. O, si usted no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir sí a su solicitud de decisión de cobertura.)
* Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos los servicios y las razones por las cuales en detalle. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir que no a su solicitud de decision de cobertura.)

¿Qué pasa si usted solicita el pago y le decimos que no lo vamos a pagar?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pagamento.

**Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la parte 5.3 de esta sección**. Consulte esta parte para obtener instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, por favor note:

* Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos está pidiendo que le paguemos por atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no se le permite que solicite una apelación rápida.)
* Si la Organización Revisora ​​Independiente cambia la decisión de negar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es sí en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de 60 días de calendario.

### SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Description: question markquestion mark. **¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía sobre “los aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no es así, es posible que desee leerla antes de comenzar esta sección.**

#### Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos de venta con receta. Por favor, consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por razones médicas. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre un médicamente aceptada indicación.)

* **Esta sección trata sobre sus medicamentos de la Parte D solamente**. Para simplificar las cosas, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” todo el tiempo.
* Para detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, *la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, reglas y restricciones de cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*)*.*

Las decisiones de cobertura de la Parte D y apelaciones

Como se discutió en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por su medicamentos.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “**determinación de cobertura”.** |

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre medicamtentos de la Parte D:

* Nos pide que hagamos una excepción, incluyendo:
  + La solicitud de cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos del plan (Formulario)*
  + La solicitud de anulación de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener)
  + *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this bullet.]*Solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto no preferido.
* Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si usted cumple con las reglas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos para usted.)
  + Tenga en cuenta: Si su farmacia le informa que su receta no puede presentarse como está escrita, recibirá una notificación por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión.
* Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura sobre pagamento.

Si usted está en desacuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice la siguiente tabla para ayudarle a determinar qué parte contiene información para su situatión:

¿En cuál de estas situaciones está usted?

| Si usted está en esta situación: | Esto es lo que puede hacer: |
| --- | --- |
| ¿Necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos? | Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura.)  Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo. |
| ¿Quieres que cubramos un medicamento de nuestra lista de medicamentos y considera que cumple con todas las normas del plan o restricciones (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita? | Usted puede solicitar una decisión de cobertura.  Avance a la **Sección 6.4** de este capítulo. |
| ¿Quiere pedirnos que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió y pagó? | Usted puede pedirnos que le reembolsemos. (Este es un tipo de decisión de cobertura.)  Comience con la **Sección 6.4** de este capítulo. |
| ¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que sea cubierto o pagado? | Usted puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos).  Avance 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 le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que en otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted pide una excepción, su médico u otro profesional que recete deberán explicar las razones médicas por las que necesita que aprobemos la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Aquí están [*insert as applicable:* dos *OR* tres] ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro proveedor puede solicitar que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario***). (Nosotros la llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar.)

| **Términos Legales** |
| --- |
| Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se denomina solicitar una “excepción al formulario”. |

* Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a [*insert as appropriate:* todos sus medicamentos *OR* medicamentos en *[insert exceptions tier] OR* medicamentos en *[insert exceptions tier]* por medicamentos de marca *[insert exceptions tier*] por medicamentos genéricos]*.* Usted no puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

1. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) (para más información, vaya al Capítulo 5 y busque la Sección 4).

| **Términos Legales** |
| --- |
| Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “excepción al formulario”. |

* Las reglas y restricciones de cobertura adicionales para ciertos medicamentos incluye:
  + *[Omit if plan does not use generic substitution] Estar obligado a utilizar la versión genéric*a de un medicamento en lugar del nombre del medicamento demarca.
  + *[Omit if plan does not use prior authorization*] Obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se llama “autorización previa.”)
  + *[Omit if plan does not use step therapy] El requisito de probar un medicamento diferente antes* de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada.”)
  + *[Omit if plan does not use quantity limits] Límites de cantidad*. Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que puede tener.
* Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

1. *[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 de costo compartido más bajo.* Cada medicamento de nuestra lista de medicamentos está en uno de *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento

| **Términos Legales** |
| --- |
| Solicitarnos el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una **“excepción de nivel”.** |

* Si su medicamento está en *[insert name of non-preferred/highest cost-sharing tier subject to the tiering exceptions process*], Puede solicitarnos que lo cubramos a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos en *[insert name of preferred/lowest cost-sharing tier subject to the tiering exceptions process]*. Esto reduciría su parte del costo para el medicamento.
* *[Plans with more than one tier subject to the tiering exceptions process may repeat the bullet above for each tier.]*
* [*If the Plan designated one of its tiers as a “high-cost/unique drug tier” and is exempting that tier from the exceptions process, include the following language:* Usted no puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento en *[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]*.]

#### Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que receta debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta al solicitar la excepción.

Típicamente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se conocen como medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo sería tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos decir que sí o que no a su solicitud

* Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y efectivo para tratar su condición.
* Si respondemos que no a su solicitud de una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si decimos no.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

#### Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre el medicamento (s) o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida.” No se puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado.

Que hacer

* **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea**. Comience por llame, escriba o envienos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro página web. Para los detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *[plans may edit section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos está solicitando el reembolso del pago de 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 de un medicamento que tiene recivido.*
* ***Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura****.* La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede tener un abogado que actúe en su nombre.
* **Si desea solicitarnos el reembolso del pago de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. Capítulo 7 describe las situaciones en las que posiblemente necesite solicitar un reembolso. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
* **Si usted está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”.** Su médico u otro profesional que receta debe proporcionar los motivos médicos para la excepción del medicamento que está solicitando. (A esto le llamamos la “declaración de apoyo”.) Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos por fax o correo la declaración a nosotros. O su médico u otro profesional que receta puede informarnos por teléfono y luego enviar por fax o correo la declaración firmada. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para más información acerca de la solicitud por la excepción.
* **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** acompañada de una solicitud presentada en la Cobertura Modelo CMS Solicitud de Determinación de [*insert if applicable:* o en forma de nuestro plan], cual [*insert if applicable:* es *OR* están] disponibles en nuestro página web.
* *[Plans that allow enrollees to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “ decisión cobertura rápida”

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “decisión de cobertura rápida” se denomina **“determinación de cobertura acelerada”.** |

* Cuando le demos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
* Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos **requisitos:**
  + Puede obtener una decisión de cobertura rápida sólo si está *solicitando un medicamento que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado.)
  + Puede obtener una decisión de cobertura rápida sólo si el uso de plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad de función.*
* **Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
* Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro profesional que receta), decidiremos si su salud requiere que le demos una cobertura rápida decisión.
  + Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en vez).
  + Esta carta le dirá que si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una cobertura rápida decisión.
  + o La carta también le indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se indica cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja dentro de 24 horas después de recibir la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una cobertura decisión “rápida”

* Si estamos utilizando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 24 horas**.
  + Generalmente, esto significa dentro de 24 horas después de recibir su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de 24 horas después de recibir la justificación del médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  + Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel de Apelación 2.
* **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su requisito.
* **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no tiene recivido

* Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta en las siguientes **72 horas.**
  + Generalmente, esto significa dentro de 72 horas después de recibir su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de 72 horas después de recibir la justificación del médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  + Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel de Apelación 2.
* **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó –** 
  + Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada en las siguientes **72 horas después** de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su requerido.
* **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya tiene comprado

* Debemos darle una respuesta en un plazo de **14 días calendario** después de recibir su requerido.
  + Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel de Apelación 2.
* **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó,** también estamos obligados a hacer el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su requerido.
* **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelar.

* Si respondemos que no, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos - y posiblemente cambiar - la decisión que hemos hecho.

#### Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama **“Plan de redeterminación.”** |

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “ apelación rápida.”

Que hacer

* **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con nosotros.**
* Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, o correo, o en nuestra página web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary] Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación sobre sus medicamentos recetados de los medicamentos de la Parte D.*
* **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación mediante la presentación de una solicitud por escrito.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1 *[plans may edit section title as necessary]* (*How to contact our plan when you are making an appeal about your Part D prescription drugs*).]
* **Si está solicitando una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o llámenos al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1** *[plans may edit section title as necessary]* (Cómo comunicarse con nuestro plan cuando está presentando una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D).
* Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, acompañada de una solicitud presentada en la Cobertura Modelo CMS Solicitud de Determinación de la Forma, que está disponible en nuestro página web.
* *[Plans that allow enrollees to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha en la notificación escrita que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos para el vencimiento del plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
  + Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información a usted.]
  + Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que receta pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida “

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “apelación rápida” también se llama “**redeterminación acelerada”.** |

* Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una “apelación rápida.”
* Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

* Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a analizar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si fuimos justos y seguimos todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o su médico u otro profesional que receta para obtener más informaciónn.

Fechas límite para una “apelación rápida”

* Si estamos utilizando las fechas límite rápidas, **debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  + Si no le damos una respuesta en 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “apelación normal”

* Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si no ha recibido el medicamento y su condición de salud requiere que lo hagamos. Si usted cree que su salud lo requiere, debe solicitar una “rápida”apelación.
  + Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de los procesos de llamamientos.
* **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó –** 
  + Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de 7 días calendario después de recibir su apelación.
  + Si aprobamos una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a enviarle el pago dentro de los 30 días calendario después de recibir su requisito de apelación
* **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

* Si respondemos que no a su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o continuar presentando otra apelación.

• Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (ver a continuación).

#### Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si decimos que no a su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, **la Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente”**. A veces se llama la **“IRE”.** |

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

* Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** a la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la organization de revisión.
* Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso.** [*If a fee is charged, insert:* Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información a usted.]
* Usted tiene derecho a proporcionar a la información adicional Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

* **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare**. Esta organización no tiene conexión con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nosotros.
* Los revisores de la Organización Revisora ​​Independiente volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y explicará las razones de eso.

Fechas límite para una apelación “rápida” en el Nivel 2

* Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida.”
* Si la organización revisora ​​acepta otorgarle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.
* **Si la Organización de Revisión Independiente dice que sí a parte o a todo lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** luego de haber recibido la decisión de la revisión organización.

Plazos para una 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 7 días calendarios** después de recibir su apelación.
* **Si la Organización de Revisión Independiente dice que sí a parte oa todo lo que usted solicitado –** 
  + Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la revisión organización.
  + Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se le llama “rechazar su apelación.”)

Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que recibe de la Organización Revisora ​​Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en discusión para continuar con los procesos de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

* Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
* Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo están en la notificación escrita que recibió luego de su segunda apelacióm.
* La Apelación de Nivel 3 es evaluada por un juez de derecho administrativo. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

### SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando usted es admitido en un hospital, usted tiene el derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. También ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de su alta.

* El día que sale del hospital se llama su **“fecha de alta”**.
* Cuando su fecha de alta haya sido decidida, su médico o el personal del hospital se lo deja saber.
* Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más larga y su solicitud será considerada. Esta sección le explica cómo preguntar.

#### Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos

Durante su estadía cubierta en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Mensaje Importante de Medicare Sobre sus Derechos.* Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso al ser admitidas en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero) le dará a usted dentro de dos días después de ser admitido. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si usted necesita ayuda, por favor llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**1. Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo entiende**. Le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluyendo:

* Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo ordenado por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
* Su derecho a estar involucrado en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital, y saber quién pagará por ella.
* Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado de hospital.
* Su derecho a apelar su decisión de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata.) |

2. **Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**

* Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.)
* La firma del aviso demuestra sólo que recibió la información sobre sus derechos. La notificación no le indica su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con una fecha de descarga.

3. **Conserve su copia** del aviso firmado para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si lo necesita.

* Si firma el aviso más de dos días antes del día que sale del hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado para ser dado de alta
* Para ver una copia de esta notificación por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del 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/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

#### Sección 7.2 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su alta del hospital

Si desea solicitar que sus servicios hospitalarios para pacientes internados para ser cubiertos por nosotros durante un tiempo más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

* **Siga el proceso**. Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica abajo.
* **Cumpla con los plazos**. Los plazos son importantes. Asegúrese de que entiende y sigue las fechas límite que aplican a lo que debe hacer.
* **Pida ayuda si la necesita.** Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad** revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para su estado y solicite una “revisión acelerada” de su alta del hospital. Usted debe actuar rapidamente.

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de Calidad?

* Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por el gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización es pagada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

* El aviso por escrito que recibió (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) le informa cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual.)

Actúe con rapidez:

* Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de salir del hospital **y no después de su fecha de alta programada.** (Su “fecha de alta programada” es la fecha que ha sido fijada para que usted salga del hospital.)
  + Si cumple con esta fecha límite, se le permite permanecer en el hospital después de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización de Mejora de la Calidad.
  + Si usted *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar* todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada date.
* Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

* Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de utilizar la fecha tope del estándar.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una “**revisión rápida**” también se denomina “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada”.** |

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

* Los profesionales de salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los llamamos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros le hayamos entregado a ellos.
* Al mediodía del día siguiente a la notificación a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que indica su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Esta explicación por escrito se denomina **“Aviso detallado de alta”**. Usted puede obtener una muestra de este aviso, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633 -4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O puede ver un aviso de muestra en línea en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/> |

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización de mejoramiento de la calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

* Si la organización de revisión dice que sí a su apelación, debemos continuar proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo **que estos servicios sean médicamente necesarios.**
* Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es no,?

* Si la organización revisora ​​rechaza su apelación, está diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de los servicios de hospitalización terminará** al mediodía del día después que la Organización de Mejoramiento de Calidad le dé su respuesta a su apelación.
* Si la organización revisora rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es **posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después que la Organización de Mejoramiento de Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

* Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de las apelaciones.

#### Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de la apelación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

* Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** naturales siguientes a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo que no a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión sólo si permaneció en el hospital después de la fecha en que su cobertura para la atención ha terminado.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán cuidadosamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días de calendario después de recibir su solicitud de una segunda revisión, los examinadores de la Organización de mejoramiento de la calidad decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

* **Debemos reembolsarle nuestra** parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
* Usted debe continuar pagando su parte de los costos y limitaciones de cubierta pueden aplicar.

Si la organización de revisión no:

* Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
* El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

* Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez.
* La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de las apelaciones.

#### Sección 7.4 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?

Usted puede apelar ante nosotros en vez

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación de su alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de salir del hospital y no después de su fecha de alta programada.) Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son different.*

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

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de la norma de fecha tope.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama **una “apelación expedita”.** |

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión acelerada.”

* Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación sobre su cuidado médico*.
* **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

Paso 2: Llevamos a cabo una revisión “acelerada” de la fecha programada para su alta, verificando si era apropiada por razones médicas.

* Durante esta revisión, nuestro plan revisa toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debía salir del hospital fue justa y siguió todas las reglas.
* En esta situación, utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le damos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una “revisión acelerada” (“apelación acelerada”).

* **Si respondemos que sí a su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que todavía necesita estar en el hospital después de la fecha de alta y seguiremos proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones de cobertura que se aplican.)
* **Si respondemos que no a su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios finaliza a partir del día que dijimos cobertura habría terminado.
  + Si permaneció en el hospital después de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la aprobación de la gestión de la fecha planificada.

Paso 4: Si respondemos “*no”* a su apelación acelerada, su caso será *automáticamente* elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

* Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente.”** Cuando hacemos esto, significa que usted pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de las apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación Alternativa de Nivel 2

Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión** **Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiado.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es **la “Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se llama la “**IRE**”. |

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión independiente.

* Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La Organización de revisión independiente lleva a cabo una “revisión acelerada” de su apelación. Los examinadores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

* **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare**. Esta organización no tiene conexión con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Supervisa Medicare su trabajo.
* Los revisores de la Organización Revisora ​​Independiente volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.
* **Si esta organización acepta su apelación, debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde la fecha de su alta programada.** También debemos continuar la cobertura de sus servicios de hospitalización del plan durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar la cantidad que debamos reembolsarle o el tiempo que podríamos continuar cubriendo su servicios.
* **Si esta organización dice que *no* a su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta planificada era médicamente appropiada.
  + El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Va a Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, que es manejado por un juez.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

* Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
* La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de las apelaciones.

### SECCIÓN 8 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto

#### Sección 8.1 *Esta sección aplica únicamente a tres servicios:* cuidados médicos en el hogar, cuidados en centros de enfermería especializada, y servicios en Centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF, en inglés)

Esta sección trata sobre los siguientes tipos de *atención*:

* **Servicios de cuidado médico a domicilio** que está recibiendo.
* **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de Palabras Importantes.)*
* **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro Integral de Rehabilitación de Pacientes Ambulatorios (CORF). Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*.)

Cuando usted está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, vea el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que paga).*

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de cuidado para usted, estamos obligados a informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de su cuidado.*

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

#### Sección 8.2 Le haremos saber con antelación cuándo su cobertura estará terminando

**1.** **Usted recibe una notificación por escrito**. Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá una notificación.

* El aviso por escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
* El aviso por escrito también le indica qué puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo finalizar su atención, ya mantener la cobertura durante un período de tiempo mayor.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Al indicarle qué puede hacer, el aviso escrito le está indicando cómo puede solicitar una “**apelación por vía rápida”.** Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su cuidar. (La Sección 8.3 a continuación le informa cómo puede solicitar una apelación por vía rápida). |
| El aviso por escrito se denomina **“Notificación de no cobertura de Medicare”.** Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633 - 4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede ver una copia en línea en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/> |

**2.** Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió**.**

* Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (Sección 4 le indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.)
* La firma del aviso demuestra sólo que recibió la información sobre cuándo se interrumpirá su cobertura. Firmar la notificación **no significa que usted está de acuerdo** con el plan en que es momento de dejar de recibir su cuidado.

#### Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra sus cuidados durante por más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo de tiempo, usted tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

* **Siga el proceso**. Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica abajo.
* **Cumpla con los plazos**. Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos que se aplican a lo que debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. Sección 10 de este capítulo se indica cómo presentar una queja.)
* **Pida ayuda si la necesita.** Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.**

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para su estado y solicite una revisión. Usted deberá actuar rapidamente.

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de Calidad?

* Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de cuidado médico.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

* El aviso por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual.)

¿Qué debe pedir?

* Solicite a esta organización una “apelación rápida” (que realice una revisión independiente) de si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de su servicio médico.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

* Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su apelación *antes del mediodía del día después de recibir la notificación por escrito que le indica cuándo dejaremos de cubrir su cuidado*.
* Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

* Los profesionales de salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (oa su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* La organización de revisión también examinará su información médica, hablarán con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.
* Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito en el que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura para su servicios.

| **Términos Legales** |
| --- |
| Este aviso de explicación se llama “**Explicación detallada de no cobertura”.** |

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los examinadores le darán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

* Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necessary.**
* Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en los servicios cubiertos (vea el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

* Si los revisores rechazan su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado en la fecha que aparece en el aviso.
* Si usted decide continuar recibiendo la atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total de esta atención usted mismo.**

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

* Esta primera apelación que presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 - y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura de la atención ha terminado - entonces puede presentar otra apelación.
* Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de las apelaciones.

#### Sección 8.4 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra sus cuidados por más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de que su cobertura de la atención ha terminado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que su cobertura sería terimnado.

Aquí están los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

* Usted debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo que no a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión sólo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que su cobertura para el cuidado terminó.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán cuidadosamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los examinadores decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí a su apelación?

* **Debemos reembolsarle nuestra parte** de los costos de cuidado que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necessary.
* Usted debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice no?

* Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
* El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez.

Paso 4: Si la respuesta es “no”, usted deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

* Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez.
* La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelacioines.

#### Sección 8.5 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?

**Usted puede apelar a nuestro plan**

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra manera de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

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

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Estos son los pasos para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

| **Términos Legales** |
| --- |
| Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama una **“apelación expedita”.** |

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión acelerada.”

* Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *[plans may edit section title as necessary] Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación sobre su atención médica.*
* **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de la “norma” fecha tope.

Paso 2: Realizamos una revisión “acelerada” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de su servicios.

* Durante esta revisión, repasamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si fuimos justos y seguimos todas las reglas cuando fijamos la fecha para terminar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
* Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

* **Si respondemos que sí a su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo y seguiremos brindando los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones de cobertura que se aplican.)
* **Si respondemos que *no* a su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
* Si usted continuó recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura, entonces tendrá que pagar el costo total de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si respondemos “*no”* a su apelación acelerada, su caso será *automáticamente* elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

* Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente.**” Cuando hacemos esto, significa que usted pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de las apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

| **Términos Legales** |
| --- |
| El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es la **“Entidad de Revisión Independiente”.** A veces se llama la **“IRE”.** |

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de Revisión independiente

* Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión acelerada” de su apelación. Los examinadores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

* **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no tiene conexión con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Supervisa Medicare su trabajo.
* Los revisores de la Organización Revisora ​​Independiente volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
* **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar la cantidad que debamos reembolsarle o el tiempo que podríamos continuar cubriendo su servicios.
* **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó sobre su primera apelación y no la modificará.
  + El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

* Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez.
* La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

### SECCIÓN 9 Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y más

#### Sección 9.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para Servicios Médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que recibirá por su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. Aquí se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez que trabaja para el gobierno federal, revisará su apelación y le dará una respuesta.** Este juez se denomina “Juez de Derecho Administrativo.”

* **Si el Juez de Derecho Administrativo acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*** - Nosotros decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
  + Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de 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 relacionados. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
* **Si el Juez de Derecho Administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no ser over*.** 
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se acaba.
  + Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

**Apelación de** **Nivel 4** El **Consejo de Apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. El **Consejo de Apelaciones** trabaja por el gobierno federal.

* **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de Apelación Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no haber* terminado** - Nosotros decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 5 diferencia de una decisión. Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.
  + Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo de Apelaciones.
  + Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
* **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no ser terminado**.
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
  + Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

**Nivel 5 de Apelación** Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación

* Este es el último paso de los recursos de procesos administrativos.

#### Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos D

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado cumple con una cierta cantidad de dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para pedir un Nivel 3 de apelación.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. Aquí se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina “Juez de Derecho Administrativo”

* **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones termina.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Juez de Derecho Administrativo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas)** **o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
* **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *puede o no haber* terminado.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
  + Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de Apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. El **Consejo de Apelaciones** trabaja por el gobierno federal

* **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones termina**. Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo de Apelaciones **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
* **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *puede o no haber* terminado**.
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
  + Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación o deniega su solicitud para revisar la apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal del Distito Federal** revisará su apelación.

* Este es el ultimo paso del proceso de apelación.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

### SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio para miembros y otras preocupaciones

Description: question markquestion mark. **Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pagos, esta sección no es para usted. En cambio, necesita utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.**

#### Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas son manejados por el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas solamente. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que recibe. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que maneja lel proceso de queja.

Si usted tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

| Queja | Ejemplo |
| --- | --- |
| **Calidad de su cuidado médico** | * ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)? |
| **Respeto de su privacidad** | * ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que cree que debería ser confidencial? |
| **Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas** | * ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? * ¿No estea conforme con la forma en que nuestros Servicios Para Miembros o ha tratado? * ¿Siente que lo están alentando a abandoner el plan? |
| **Los tiempos de espera** | * ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o debe esperar demasiado para obtenerla? * ¿Ha tenido que esperar demasiado por médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a Servicios Para Miembros u otro personal del plan?   + Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, cuando recibe una receta o en la sala de examen. |
| **Limpieza** | * ¿No está conforme con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio médico? |
| **Información que recibe de nosotros** | * ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? * ¿Cree que la información escrita que le hemos dado es difícil understan? |
| **Oportunidad**  (Estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones) | El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4-9 de este capítulo. Si usted está solicitando una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas.  Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:   * Si usted nos ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. * Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. * Cuando una decisión de cobertura que tomamos es revisada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsarle por ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican plazos. Si piensa que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. * Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja. |

#### Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una querella”

| **Términos Legales** |
| --- |
| * Lo que esta sección llama una **“queja”** también se llama una **“querella”.** * Otro término para “**presentar una queja”** es “**presentar una queja”.** * Otra forma de decir “**usar el proceso de quejas**” es **“utilizar el proceso para presentar una querella**”. |

#### Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato - ya sea por teléfono o en escrito

* **Por lo general, llame a Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que necesita hacer, Servicios para Miembros se lo informará. *[Insert phone number, TTY, and days and hours of operation.]*
* **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede poner su queja por escrito y enviárnosla**. Si usted 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 desiciones to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]*
* **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato**. La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario de haber tenido el problema del que se quiere quejar.
* **Si usted está presentando una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura acelerada” o una “apelación acelerada”, automáticamente le daremos una queja “rápida”.** Si usted tiene una queja “rápida”, significa que le daremos una respuesta **dentro de 24hours.**

| **Términos Legales** |
| --- |
| Lo que esta sección llama “**queja rápida”** también se llama una **“queja acelerada”.** |

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

* **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos así.
* **La mayoría de las quejas se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su mejor interés o si usted pide más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si debemos tardar días adicionales para tomar una decisión, se lo haremos saber por escrito.
* **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema que se está quejando, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

#### Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de los cuidados directamente a la Organización de Mejoramiento de Calidad

Usted puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos extra opciones:

* **Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**. Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
  + La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos especializados y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención proporcionada a pacientes de Medicare.
  + Para encontrar el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
* **O puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo**. Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también a la Organización de Mejora de la Calidad

#### Sección 10.5 También puede informar a Medicare acerca de su queja

Usted puede presentar una queja sobre *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov / MedicareComplaintForm / home.aspx. Medicare tiene sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programam de Medicare.

Si usted tiene cualquier otro tipo de comentarios o inquietudes, o si usted siente que el plan no está abordando el problema, por favor llame 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usarios de TTY/TDD llamen al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

La terminación de su membresía en el plan

## Capítulo 10. La terminación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 introducción 249

Sección 1.1 Este capítulo explica cómo cancelar su membresía en nuestro plan 249

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan? 249

Sección 2.1 Puede darse de baja durante el Período de Inscripción Anual 249

Sección 2.2 Usted puede cancelar su membresía durante el período anual de canclación de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas 251

Sección 2.3 En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial 252

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 253

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela usted su membresía en nuestro plan? 253

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan 253

SECCIÓN 4 Usted deberá seguir obteniendo sus servicios médicos a través de nuestro plan hasta que termine su membresía 255

Sección 4.1 Usted seguirá siendo miembro de nuestro plan hasta que termine su membresía 255

SECCIÓN 5 *[Insert 2017 plan name]* deberá terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones 256

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan? 256

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 257

Sección 5.3 Usted tiene el derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan 258

### SECCIÓN 1 introducción

#### Sección 1.1 Este capítulo explica cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La terminación de su membresía en *[insert 2017 plan name]* puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

* Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que desea dejarlo.
  + Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, cuando usted puede terminar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le indica cuándo puede finalizar su membresía en el plan.. [*I-SNPs: Replace the text in this bullet with:* Usted puede terminar su membresía en el plan en cualquier momento. Sección 2 le informa sobre los tipos de planes en los que se puede inscribir ]
  + El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva que está eligiendo. Sección 3 le indica cómo terminar su afiliación en cada situación.
* También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos poner fin a su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo sus medicamentos del cuidado médico y medicamentos recetados a través de nuestro plan hasta que su membresía se termine.

### SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan?

*[I-SNPs: Delete the following paragraph.]*

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan sólo durante ciertas épocas del año, conocidas como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período anual de desafiliación de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

#### Sección 2.1 Puede darse de baja durante el Período de Inscripción Anual

Puede darse de baja durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el “Período Anual de Elección Coordinada”). Este es el momento en que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

* **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Esto ocurre desde el 15 de octubre a diciembre 7.
* **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de Inscripción Anual?** Durante este tiempo, puede revisar su cobertura médica y su cobertura de medicamentos recetados. Puede optar por mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si usted decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados.)
  + Medicare Original con un plan separado de Medicare para medicamentos recetados.
  + o - o - Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos recetados.
    - **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por inscripción no automático.

**Nota:** Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información acerca de la multa de inscripción tardía.

* **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience en Enero 1.

[*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:* Usted puede cancelar su membresía en *[insert 2017 plan name]* en cualquier momento.

* **¿Cuándo puede darse de baja?** Usted puede cancelar su membresía en [insertar nombre del plan de 2017] en cualquier momento. La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía sólo durante ciertas épocas del año. Sin embargo, porque usted vive en un hogar de ancianos o la necesidad de un nivel de atención que generalmente se proporciona en un hogar de ancianos, usted puede cancelar su membresía en cualquier momento.
* ¿A qué tipo de plan se puede cambiar? Si usted decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados.)
  + Medicare Original *con* un plan separado de Medicare para medicamentos recetados.
  + *– o –* Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos recetados.
    - **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por inscripción no automática.

**Nota:** Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información acerca de la multa de inscripción tardía.

* **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía por lo general finalizará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.]

#### Sección 2.2 Usted puede cancelar su membresía durante el período anual de canclación de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas

*[I-SNPs: delete Section 2.2.]*

Usted Tiene La Oportunidad de hacer un cambio sin una Cobertura Médica Durante do la canclación de la Inscripción Anual de Medicare Advantage Periodo.

* **¿Cuándo es el Período anual de desafiliación de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años desde el 1 de enero a febrero 14.
* **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período anual de desafiliación de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede cancelar su inscripción en Medicare Advantage y cambiar a Original Medicare. Si decide cambiar a Medicare Original durante este período, tiene hasta el 14 de febrero para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado para agregar la cobertura de medicamentos.
* **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su afiliación terminará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud de inscripción.

#### Sección 2.3 En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

*[I-SNPs: delete Section 2.3.]*

En ciertas situaciones, los miembros de *[insert 2017 plan name]* pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

* **¿Quién es elegible para un Período de Inscripción Especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted, usted es elegible para cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial. Estos son sólo algunos ejemplos; para la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (<http://www.medicare.gov>):
  + Por lo general, cuando se ha mudado.
  + *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable]* Si usted tiene Medicaid.
  + Si usted es elegible para la “*ayuda adicional*” para pagar sus recetas de Medicare.
  + o Si violamos nuestro contrato con usted.
  + Si está recibiendo atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo.
  + [*Plans in* *states with PACE, insert:* Si se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).]
* **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
* **¿Qué puede hacer?** Para saber si usted es elegible para un Período especial de inscripción, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare y cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados.)
  + Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare.
  + - o - Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare.
    - **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados**: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

**Nota**: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

* ¿**Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía por lo general finalizará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

#### Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

*[I-SNPs: renumber Section 2.4 as Section 2.2.]*

Si usted tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía:

* Puede llamar a Servicios Para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
* Puede encontrar la información en el **Manual Medicare y Usted 2017.**
* Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro del mes después de la primera firmar.
  + También puede descargar una copia de la página web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número a continuación.

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

### SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela usted su membresía en nuestro plan?

#### Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan

Por lo general, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare *[I-SNPs: delete the rest of this sentence]* durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar la baja de nuestro plan. Hay dos maneras en que puede solicitar la baja:

* Puede hacer la solicitud por escrito. Póngase en contacto con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
* - o - Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Nota:** Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

| Si desea cambiar de nuestro plan para: | Esto es lo que debe hacer: |
| --- | --- |
| * Otro plan de salud de Medicare. | Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare.  Automáticamente se le dará de baja de *[insert 2017 plan name]* cuando comience la cobertura de su nuevo plan. |
| * Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare. | * Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.   Automáticamente se le dará de baja de *[insert 2017 plan name]* cuando comience la cobertura de su nuevo plan. |
| Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare.   * Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Consulte el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía. | * **Envíenos una solicitud de baja por escrito**. Póngase en contacto con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). * También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana, y solicitar la baja. Usarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. * Se le dará de baja de *[insert 2017 plan name]* cuando comience su cobertura en Medicare Original. |

### SECCIÓN 4 Usted deberá seguir obteniendo sus servicios médicos a través de nuestro plan hasta que termine su membresía

#### Sección 4.1 Usted seguirá siendo miembro de nuestro plan hasta que termine su membresía

Si usted deja *[insert 2017 plan name*], Puede tomar algún tiempo antes de que su membresía termine y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Vea la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, usted debe continuar recibiendo sus medicamentos de la atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

* **Debe continuar utilizando nuestra red de farmacias para surtir sus recetas hasta que su afiliación en nuestro plan finaliza**. Por lo general, sus medicamentos recetados sólo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red [*insert if applicable:* incluso a través de nuestros servicios de pedidos por correo de la farmacia].
* **Si está hospitalizado el día que termina su membresía, su hospitalización generalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

### SECCIÓN 5 *[Insert 2017 plan name]* deberá terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

#### Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

***[Insert 2017 plan name]*** debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes situaciones**:**

* Si usted no permanece inscrito de forma continua en la Parte A y la Parte B de Medicare.
* Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
* Si usted está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses. *[Plans with visitor/traveler benefits should revise this bullet to indicate when members must be disenrolled from the plan*.*]*
  + Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)
  + [*Plans with visitor/traveler benefits, insert*: Vaya al Capítulo 4, Sección 2.3 para obtener información sobre cómo obtener cuidado cuando está fuera del área de servicio a través de los beneficios para visitantes / viajeros de nuestro plan]. [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert:* Si usted ha sido miembro de nuestro plan continuo desde antes de enero 1999 *and* usted estaba viviendo fuera de nuestra área de servicio antes de enero de 1999, usted puede continuar su membresía. Sin embargo, si usted se mueve y su movimiento es a otro lugar que está fuera de nuestra área de servicio, se le dará de baja de nuestro plan.]
* [*I-SNPs and C-SNPs insert:* You do not meet the plan’s special eligibility requirements as stated in Chapter 1, section 2.1.]
  + *[I-SNPs and C-SNPs: Insert rules for members who no longer meet special eligibility requirements*.*]*
* Si es encarcelado (va a prisión).
* Si no es ciudadano de EE. UU. o no está presente legalmente en Estados Unidos.
* Si usted miente o retiene información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura de medicamentos recetados.
* [*Omit if not applicable]* Si usted intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare.)
* [*Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si continuamente se comporta de una manera que es prejudicial y dificulta que le proporcionemos la atención médica a usted ya otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare.)
* [*Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si permite que otra persona utilice su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare.)
  + Si terminamos su afiliación 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 usted no paga las primas del plan durante *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]*.
  + o Debemos notificarle por escrito que tiene *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]* para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su membresía.
* Si usted está obligado a pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no pagarlo, Medicare le darse de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

**¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos terminar su membresía:

* Puede llamar a Servicios Para Miembros para obtener más información (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

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

[*Chronic care SNPs should use the following title for this section instead:* We cannot ask you to leave our plan for any reason related to your health, unless you no longer have a medical condition required for enrollment in *[insert 2017 plan name].*]

*[Insert 2017 plan name]* No está autorizado a pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

[*Chronic care SNPs replace sentence above with:* In most cases, *[insert 2017 plan name]* No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. El único momento en que se nos permite hacer esto es que si usted ya no tiene *[insert as applicable:* la condición médica *OR* tanto de las condiciones médicas *OR* todas las condiciones médicas] requiere para la inscripción en *[insert 2017 plan name*]. (Para obtener información acerca de las condiciones médicas requeridas para la inscripción, consulte el Capítulo 1, Sección 2.1 de este folleto.)]

¿**Qué debe hacer si esto sucede?**

Si usted siente que le están pidiendo que abandone nuestro plan debido a un motivo relacionado 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 las 24 horas al día, 7 días a la semana.

#### Sección 5.3 Usted tiene el derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle los motivos por escrito para terminar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o querella sobre nuestra decisión de terminar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9, Sección 10 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

## Capítulos 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso acerca de la ley aplicable 261

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 261

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare 261

*[****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 de la ley aplicable

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y algunas disposiciones adicionales pueden aplicar porque son requeridas por la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid y, o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

### SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos basado en la raza de una persona, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo, edad o nacionalidad de origen. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, todas otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y reglamento que aplique por cualquier otra reason.

### SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para que Medicare no es el pagador primario. Según la normativa de la CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, *[insert 2017 plan name]*, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de la CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier leyes del Estado.

*[****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 términos importantes

## Capítulo 12. Definiciones de términos 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.]*

**Centro de Cirugía Ambulatoria -** Un Centro de Cirugía Ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya esperada estancia en el centro no exceda las 24 horas.

**Período de Inscripción Anual -** Un tiempo establecido cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiar al Medicare Original. El período de inscripción anual es del 15 de octubre hasta diciembre 7.

**Apelación -** Una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, usted puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que cree que debería ser capaz de recibir. [*Insert as applicable:* Capítulo7 *OR* Capítulo 9] explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

**Facturación de saldos** - Cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más de lo permitido monto de costo compartido del plan. Como miembro de [insertar nombre del plan de 2017], que sólo tiene que pagar el costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o de lo contrario se cobra más de la cantidad de participación en los costos de su plan dice que usted tiene que pagar.

**Período de beneficios** - *[Modify definition as needed if plan uses benefit periods for SNF stays but not for inpatient hospital stays.]* La forma en que [*insert if applicable:* nuestro plan y] Medicare Original mide su uso de los hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). *[Plans that offer a more generous benefit period, revise the following sentences to reflect the plan’s benefit period.]* Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria (o atención especializada en una SNF) por 60 días seguidos. Si usted va a un hospital o centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha terminado, un nuevo período de beneficio comienza. [*Insert if applicable*: Usted debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios] No hay límite al número de períodos de beneficios.

**Medicamento de marca** - Un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

**Etapa de Cobertura Catastrófica** - La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D donde usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras personas autorizadas en su nombre hayan gastado $*[insert 2017 out-of-pocket threshold]* en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)** – La agencia Federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica como comunicarse con CMS.

**Coseguro -** La cantidad que usted tiene que pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados [*insert if applicable:* despues que usted pague sus deducibles]. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, 20%).

**Cantidad máxima combinada de gastos de bolsillo** - Esta es la cantidad máxima que pagará en un año para todos los servicios [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos). [*Plans with service category MOOPs insert:* Además del monto máximo de su bolsillo por servicios médicos [*insert if applicable:* de la Parte A y Parte B], también tenemos una cantidad máxima de su bolsillo para ciertos tipos de servicios]. Consulte el Capítulo 4, Sección 1, *[insert subsection number]* para obtener información sobre el monto máximo combinado de su propio bolsillo.

**Queja** – El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar una querella”. La queja es el proceso usado *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempo de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Vea también “

**Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)** - Centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios que incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y el hogar servicios de evaluación del entorno.

**Copago** - Una cantidad que usted tiene que pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar $ 10 o $ 20 por una visita al médico o un medicamento con receta.

**Costo compartido** - El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. [*Insert if plan has a premium:* (Esto se suma a la prima mensual del plan).] El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan puede imponer antes que los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad de “copago” fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un medicamento servicio específico. Una “tasa de participación en los gastos de cada día” se puede aplicar cuando el médico prescribe menos de suministro de un mes completo de ciertas drogas para usted y usted está obligado a pagar un copago.

*[Delete if plan does not use tiers*] **Nivel de costos compartidos** - Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento

**Determinación de Cobertura** - Una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y la cantidad, si la hubiera, que usted debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Medicamentos Cubiertos** - El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan

**Servicios Cubiertos -** El término general que usamos en esta EOC para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros que están cubiertos por nuestro plan.

**Cobertura de Medicamentos Recetados** - Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

**Cuidado de custodia** - El cuidado de custodia es atención personal proporcionada en un hogar de ancianos, hospicio, o en otro entorno instalación cuando no necesita atención médica especializada o de enfermería especializada. El cuidado de custodia es atención personal que puede ser proporcionada por personas que no tienen experiencia o capacitación profesional, para ayudarle con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por el cuidado de custodia.

**Tasa de participación en los gastos diarios** - Una “tasa de participación en los gastos de cada día” se puede aplicar cuando el médico prescribe menos del suministro de un mes para ciertos medicamentos y usted está obligado a pagar un copago. Una tasa de participación en los gastos diarios es el copago, dividido por el número de días en el suministro de un mes. He aquí un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de $30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tasa de participación en los gastos de cada día” es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 para el suministro de cada día cuando surta su receta.

**Deducible** - La cantidad que usted debe pagar por servicios médicos o las recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Cancelación de la inscripción** - El proceso de terminar su membresía en nuestro plan. La baja puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (no por decisión propia).

**Tarifa de suministro -** Un cargo que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se distribuye para pagar el costo de surtir la receta. La tarifa de suministro cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento.

**Equipo médico duradero** - Cierto equipo médico que es ordenado por su médico por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

**Emergencia -** Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una afección médica que empeora rápidamente.

**Atención de emergencia Servicios cubiertos:** 1) prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

**Evidencia de Cobertura (EOC) y Declaración Informativa -** Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

**Excepción -** Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido a preferido nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel ). También puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

**Ayuda Adicional** - Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos de Medicare recetados, tales como primas, deducibles y coseguro.

**Medicamento Genérico** - Un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que tiene el mismo ingrediente activo (s) que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca, pero cuesta menos.

**Querella -** Tipo de queja que realiza sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo una queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas.

**Ayudante de Salud en el Hogar**– Un ayudante de salud en el hogar proporciona servicios que no necesitan de la experiencia de un profesional en enfermería licenciado o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los ayudantes de salud en el hogar no tienen una licencia en enfermería ni proporcionan un servicio de terapia.

**Hospicio** - Una persona inscrita que tiene 6 meses o menos de vida tiene el derecho de elegir a un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si decide hospicio y continuar pagando las primas que usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Usted todavía puede obtener todos los servicios médicos necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio proporcionará un tratamiento especial para su estado.

**Hospitalización** - Una estancia en el hospital, cuando ha sido admitido formalmente al hospital para servicios médicos especializados. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio.”

**Cantidad Ajustada Mensual de Ingresos Relacionados (IRMAA)** – Si sus ingresos están por encima de un cierto límite, usted pagara una cantidad ajustada mensual de ingresos relacionados adicionales a su prima del plan. Por ejemplo, los individuos con ingresos mayores a $*[insert amount]* y parejas casadas con ingresos mayores a $*[insert amount]* deben pagar una prima de cobertura de Medicare Parte B (seguro médico) y cobertura de medicamentos recetados de Medicare más alta. Esta cantidad adicional se conoce como cantidad ajustada mensual de ingresos relacionados. Menos de 5% de las personas con Medicare son afectados por esto, así que la mayoría de personas no tendrán que pagar una prima más alta.

**Límite de cobertura inicial** - El límite máximo de cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

**Etapa de Cobertura Inicial** – Esta es la etapa antes de que [*insert as applicable:* sus gastos totales de medicamentos incluyendo cantidades que usted ha pagado y que su plan ha pagado en su nombre O gastos fuera de su bolsillo] por el año han alcanzado [*insert as applicable: [insert 2017 initial coverage limit] O [insert 2017 out-of-pocket threshold]*.]

**Período de Inscripción Inicial** - Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y Medicare Parte B. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red** - El monto máximo que pagará por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] recibidos de proveedores de la red (preferidos). Después de haber alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red para el resto del año del contrato. No obstante, hasta que alcance su importe conjunto fuera de su bolsillo, usted debe continuar pagando su parte de los costos cuando solicite atención de un proveedor fuera de la red (no preferidos). [*Plans with service category MOOPs insert:* Además de la cantidad máxima de su bolsillo por servicios médicos cubiertos [*insert if applicable*: de la Parte A y la Parte B], también tenemos una cantidad máxima de su bolsillo para ciertos tipos de servicios] Consulte el Capítulo 4, Sección 1, *[insert subsection number]* para obtener información sobre el monto máximo de su propio bolsillo dentro de la red.

**Plan de Necesidades Especiales (SNP)** - Un plan de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un cuidado a largo plazo (LTC). Estas instalaciones LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF); centro de enfermería (NF); (SNF / NF); un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF / MR); y / o un centro psiquiátrico para pacientes internados. Un Plan de Necesidades Especiales para servir a los residentes de Medicare de centros LTC debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) la instalación LTC específica (ies).

**Plan de Necesidades Especiales Institucional Equivalente (SNP)** – Plan de necesidades especiales institucional equivalente que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de cuidado institucional basado en la evaluación estatal. La evaluación debe ser realizada con el mismo nivel respectivo Estado de instrumento de evaluación de la atención y administrado por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) si fuera necesario para asegurar la entrega uniforme de cuidados especializados.

**Multa por Inscripción Tardía** - Una cantidad añadida a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto mayor siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”)** - Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS)** - Vea “Ayuda Adicional.”

**Medicaid (o Asistencia Médica)** - Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a 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 usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Indicación Médicamente Aceptada** - Un uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

**Médicamente necesario** - Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

**Medicare** - El programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare [*insert only if there is a cost plan in your service area:* un plan de costos de Medicare,] [*insert only if there is a PACE plan in your state:* un plan PACE,] o un Plan de Medicare Advantage.

**Plan de Medicare Advantage -Período de cancelación** - Un tiempo establecido cada año en que los miembros en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiar a Medicare Original. El Período de cancelación de Medicare de Venatja es del 1 de enero hasta febrero 14, 2017.

**Plan de Medicare Advantage (MA, en inlgés) -** A veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando está inscrito en a Plan de Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan dentro del Medicare Original. En la mayoría de los casos, los Planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Planes de Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare es elegible para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Plan de Costo de Medicare** - El plan de Costos de Medicare es un plan administrado por una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) o Plan Médico Competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos según la sección 1876 (h) de la Ley.]

**Programa de Cobertura de Medicare de descuento** -. “Ayuda Adicional” Un programa que proporciona descuentos en la mayoría cubiertos de la Parte D de medicamentos de marca a los inscritos en la Parte D que han alcanzado la Etapa de período sin cobertura y que no estén recibiendo descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen un descuento.

**Los servicios cubiertos por Medicare** - Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo nuestro plan, debe cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

**Plan de Salud Medicare** - Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar la Parte A y la Parte B de beneficios a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costo de Medicare, Programas de Demostración / Piloto, y Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).

**Cobertura Medicare de medicamentos recetados (Parte D de Medicare)** - Seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

**“Medigap” (Seguro Suplementario a Medicare)** - Seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar las “lagunas” en el Medicare Original. Las pólizas Medigap sólo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap.)

**Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”) -** Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS cubierto).

**Servicios para Miembros -** Un departamento dentro de nuestro plan responsable de contestar sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios Para Miembros.

**Farmacia de la Red** - Una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas sólo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

**Proveedor de la Red** - “Proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando [*insert if appropriate:* tienen un acuerdo con nuestro plan para] aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan.”

[*Include if applicable:* **Beneficios Suplementarios Opcionales** - Beneficios que se pueden comprar por una prima adicional y cubiertos para no Medicare no están incluidos en su paquete de beneficios. Si usted elige tener beneficios suplementarios opcionales, es posible que tenga que pagar una prima adicional. Usted debe elegir voluntariamente Beneficios complementarios opcionales con el fin de conseguir que.]

**Determinación de la organización** - El Plan de Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando se toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. Proveedor de la red Plan de Medicare Advantage o instalación también ha tomado una determinación de organización cuando ésta le ofrece un producto o servicio, o se refiere a un proveedor fuera de la red por un artículo o servicio. Determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Medicare Original** (“Medicare tradicional” o “Pago por servicio”) - Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los Planes de Medicamentos Recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos por los médicos que pagan, hospitales y otros proveedores de atención médica montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede ver a cualquier doctor, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la 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 está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

**Farmacias Fuera de la Red** - Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que apliquen ciertas condiciones.

**Proveedor o Centro fuera de la red** - Un proveedor o centro con quienes no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen, no operan con nuestro plan ni tienen contrato para ofrecerle servicios médicos cubiertos. El uso fuera de la red de proveedores o centros se explica en este libro en el Capítulo 3.

**Costos de su bolsillo** - Vea la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de gastos directo “-de su bolsillo”.

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* Plan PACE - Un PACE (Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos) combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para personas frágiles para ayudar a mantenerse independientes ya vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) el mayor tiempo posible, mientras reciben el cuidado de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.]

**Parte C** - véase “Plan de Medicare Advantage (MA).”

**Parte D** - El Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntaria. (Para facilitar la referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D.)

**Medicamentos de la Parte D** - Medicamentos que se pueden cubrir bajo la Parte D. Podemos o no podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Vea su formulario para una lista específica de medicamentos cubiertos.) Algunas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas por el Congreso de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

*[Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost-sharing in addition to those offering standard cost-sharing:*

**Costo compartido preferido** – costo compartido preferido significa menos costos compartidos para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en cierta farmacias de la red.]

**Prótesis y ortopedia** – Se trata de dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica. Algunos artículos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, que incluye suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

**Organización de Proveedores Preferidos (PPO)** - Un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de la red o fuera de la red o proveedores. Costo compartido del miembro podrá ser más alto cuando los beneficios del plan por parte de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos directos de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de red (preferidos) y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferido).

**Prima** - El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, oa un plan médico para la cobertura de medicamentos recetados o de salud.

*[Plans that do not use PCPs, omit]* **Atención Primaria [*insert as appropriate:* Doctor *OR*** Proveedor] (PCP) - Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su cuidado y referirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información acerca de la Atención Primaria [*insert as appropriate:* Physicians *OR* Providers].

**Autorización previa** - Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestro formulario. *[Edit or delete as necessary to make the definition applicable to your plan.]* En la parte de red de una PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos sólo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. En un PPO, usted no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, es posible que desee consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y lo que su responsabilidad de costo compartido es. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos sólo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)** - Un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Límites de Cantidad** - Una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por calidad, seguridad o utilización razones. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido de t. iempo

**Servicios de rehabilitación** - Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

**Área de servicio** - Área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función de donde vive la gente. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede darlo de baja si se muda permanentemente fuera del area servicio del plan.

**Centro de Enfermería Especializada (SNF, en inlgés)** - Servicios de cuidados de enfermería y rehabilitación que se ofrece de manera continua ya diario en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera registrada o doctor.

**Período de Inscripción Especial -** Un tiempo establecido cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar al Medicare Original. Las situaciones en las cuales usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos, o si violamos nuestro contrato con usted.

**Plan de Necesidades Especiales** - Un tipo especial de Plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, quienes residen en un asilo de ancianos, o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

[*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 estándar** – los costos compartidos estándar son los costos compartidos distintos a los costo compartidos que se ofrecen en una farmacia de la red.]

**Terapia Escalonada** - Una herramienta de utilización que requiere que usted pruebe primero un medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico puede tener inicialmente **Ingresos de Supplemental de Seguridad (SSI)** - Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos que están incapacitadas, ciegas o mayores de 65 años limitada. Los beneficios de SSI no son los mismos beneficios que Seguridad Social.

**Servicios de urgencia** – Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, emergencia, enfermedad médica, lesión o condición que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o inaccesibles.

*[This is the back cover for the EOC. Plans may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the plan contact information.]*

*[Insert 2017 plan name]* Servicios Para Miembros

| Método | Servicios para 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 Para Miembros también ofrecen servicios de intérprete gratis disponibles para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Llamadas a este número [*insert if applicable:* not] gratuitas. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional:* *insert fax number]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **PÁGINA 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 local gratis a las personas con Medicare.

*[Plans with multi-state EOCs revise heading and sentence above to use “State Health Insurance Assistance Program,” omit table, and reference exhibit or EOC section with SHIP information.]*

| Método | Información de Contactos |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Insert URL]* |